

# 委任状

国立健康危機管理研究機構  
国立国際医療センター 病院長 殿

(受任者)

氏 名

住 所

連絡先

私は上記の者を代理人と定め、患者「」の  
診療記録開示に関するすべての事項を委任します。

年 月 日

(委任者)

氏 名

(印)

住 所

連絡先