（様式２）

委　　任　　状

私は、
（代理人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

を代理人として、次の事項を委任します。

記

私に関する診療記録等の閲覧・複写などを申請し、
写し等の交付を受ける件

西暦　　年　　月　　日

医療法人浄仁会　大泉記念病院　理事長　殿

住所

氏名（委任者）　　印