

委任状

大分赤十字病院長 様

代理人

住 所： _____

氏 名： _____

患者本人と申請者の関係： _____

私、

(患者氏名) _____ は、

上記の者を代理人と定め、大分赤十字病院が保有する私の個人情報（診療記録）の開示に関する権限を委任いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

⑩

生年月日