

代理人選任書

社会医療法人 柏葉会 札幌柏葉会病院

病院長 殿

(代理人ご氏名) _____ 印

(続柄) _____

☐親権者 ☐親族 ☐法廷相続人 ☐その他 ()

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(住所) _____

(連絡先) _____

(代理人選任理由) _____

私は、上記の請求代理人 _____ に対し、診療情報の開示申請を行うことを了承
します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ご本人署名 _____