

愛知県厚生農業協同組合連合会
渥美病院 御中

年 月 日

委任状

私（患者）は、貴院が保管している私本人の診療情報を下記の代理人に対して開示・提供することに同意します。また、代理人を介して情報漏洩など不測の事態が生じた場合の責任は、私本人と代理人に生じることを了承いたします。

【代理人】

住所：_____

氏名：_____

患者との関係：_____

【患者】

住所：_____

氏名：_____ 印

※直筆での署名又は記名押印

生年月日：_____ 年 月 日