年　　　　　月　　　　　日

独立行政法人国立病院機構

東京医療センター院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　委　任　状

**受　任　者**　 住　所

 氏　名

患 者 と の 続 柄

私は、上記のものを受任者(代行者)と定め、診療記録開示に関する一切の権限を委任します。

**委　任　者**　住　所

　　　　　　氏　名　(自署)

生 年 月　日

電 話 番 号

診 察 券 番 号