

年 月 日

大阪公立大学医学部附属病院
病院長 様

(代理人)

住 所

ふり がな
氏 名

(患者氏名)

私は、上記の代理人に、貴院が保管している_____

の診療記録の開示申請手続き一切について委任します。

(委任者)

住 所

ふり がな
氏 名

患者との続柄 ()