

委 任 状

独立行政法人

国立病院機構盛岡医療センター院長 殿

私は、

代理人氏名 _____

代理人住所 _____

委任者との続柄 _____

を、（患者氏名） の診療情報の開示申請並びに診療情報の説明、交付、
閲覧及び写しの交付等にかかる代理人として委任します。

令和 年 月 日

委任者氏名 _____ ㊞

委任者住所 _____

※委任者は、診療情報開示申請書の申請者と同一となります。

代理人の本人確認書類を求めることがあります。