

委任状

年 月 日

いろはビューティークリニック
院長 殿

受任者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、診療記録等開示申請に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者 住 所 _____

氏 名 (自署) _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日