

# 委任状

医療法人社団 サンクファイレ  
下北沢整形外科リウマチ科クリニック  
院長 植田 進一朗 様

委任者（患者様）

氏名（自署）

印

住所

私（委任者）は、次の者を代理人と定め、貴院が保管する私の診療記録等の開示  
請求手続に関する一切の件について委任します。

代理人氏名

代理人住所

委任者（患者様）との関係又は続柄

令和 年 月 日