

捨

## 委任状

医療法人社団サングファイレ  
下北沢整形外科リウマチ科クリニック  
院長 植田進一郎殿

西暦 年 月 日

住 所

生年月日 西暦 年 月 日

委任者（患者様自著） 印

法定代理人 印

※20歳未満の患者様につきましては、患者さまの法定代理人の方のご署名押印もお願いいたします。

私は、次の弁護士を代理人と定め、下記の件に関する各事項を委任します。

弁護士会所属

弁護士氏名 印

住 所

法律事務所

電話番号

FAX 番号

記

私に関する診療録等の閲覧・謄写、要約書などを申請し、写しなどの交付を受けることに関する一切の件

以下余白