

委任状

令和 年 月 日

(宛先)

松戸市立総合医療センター

病院長 尾形 章

住所

氏名

(生年月日 年 月 日生)

(電話番号)

私は、下記に掲げる者を代理人として、私のカルテ等の開示に係る一切の
権限を委任いたします。

記

氏名

住所

生年月日 年 月 日生

電話番号