

## 委任状兼同意書

足利赤十字病院 院長 殿

年 月 日

代理人 住所

氏名 患者様との続柄

生年月日 電話番号

私は、上記のものを代理人と定め、足利赤十字病院における診療記録（カルテ）の申請、受領に関する権限を委任します。

委任者（患者様ご本人）※委任者が自筆で記入してください。

住所

氏名

生年月日 電話番号

委任状の他に代理人の身分証明書の提示が必要となります。委任者へ同意確認の連絡をさせていただくことがあります。

※必要となる身分証明書は、運転免許証またはパスポートまたは写真入りマイナンバーとなります。

（写真入りでないマイナンバーの場合は、マイナンバーと保険証が両方必要となります。）

※問い合わせ先

足利赤十字病院 病歴管理課 病歴図書係 0284-21-0121（内線）2336