

委任状

代理人

氏名：_____（委任者との続柄）_____

住所：_____

連絡先電話番号：_____

（患者氏名）

私は上に掲げるものを代理人と定め、貴センターが保管している_____の
診療記録に関する下記の権限を委任します。

年 月 日

委任者（自署）

氏名：_____（患者との続柄）_____

住所：_____

連絡先電話番号：_____

※委任者本人が自署できない場合はその理由

記

【委任事項】

愛知県がんセンターにおける

1. 診療記録等開示の申請を行う権限
2. 診療記録等開示の申請に係る個人情報の全部または一部を開示する旨の決定通知を受ける権限及び診療記録等開示の申請に係る個人情報の全部を開示しない旨の決定通知を受ける権限
3. 診療記録等の開示提供を受ける権限

<愛知県がんセンターからの注意事項>

- 本委任状の有効期限は、委任者が記載した日の翌日から起算して 90 日以内とします。