

個人情報開示等に関する委任状

医療法人あづま会 大井戸診療所

院長 大澤 誠 様

平成 年 月 日

(委任者) 住所 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日 生

連絡先電話番号 _____

私は、下記の者を代理人と定め、貴法人との間における個人情報開示に関しての権限を委任します。

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

代理人との関係 _____

※添付書類 委任者の身分証明書