別記様式第３号

同 意 委 任 状

令和　　年　　月　　日

大分大学医学部附属病院長 宛

私は、下記の者を代理人として、私の診療記録（診療録・看護記録・検査記録・放射線画像記録・その他これらに関連する診療記録を含む）の開示に関する手続きを委任します。

また、私の診療記録について、下記代理人に対して病院が開示・提供することに同意します。

【本人】

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：昭和・平成　　年　　月　　日

【代理人】

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄：＿＿＿＿＿＿＿＿

委任・同意する事項

1．私の診療記録の開示請求に関する手続き
2．開示された診療記録の受領
3．上記手続きに必要な範囲で、病院が私の診療記録を代理人に提供すること

以上について、私は了承し、委任・同意します。

令和　　年　　月　　日

本人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印