

(様式3号)

# 委任状

久留米大学医療センター病院長殿

代理人（開示請求者）

住所  
〒 —

氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(連絡先 — — )

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限につきまして、一切を委任します。

## 記

一、私（委任者）に関する、診療情報等の個人情報に関する謄写について申請し、その交付を受ける件。

年 月 日

委任者（患者本人）

住所  
〒 —

氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(連絡先 — — )