

委任状

私は、私の病気に関連した全ての医療相談に
本人の個人情報や医療記録などの情報を活用する必要があることを理解しており、そのために「個人情報保護法」などにより保護されている本人に関する各種情報資料を

_____に、
委任する事に同意いたします。

氏名_____

署名_____

日付_____

連絡先_____