

(第4号様式)

年 月 日

大阪公立大学医学部附属病院
病院長 様

(代理人)

住 所

ふり がな
氏 名

私は、上記の代理人に、貴院が保管している私の診療記録の開示申請手続き一切について委任します。

(委任者)

住 所

ふり がな
氏 名