

(第5号様式)

年 月 日

大阪公立大学医学部附属病院  
病院長 様

(申請者)

住 所

患者との続柄

ふり がな  
氏 名

患者（ ）の診療記録の開示申請手続きを、上記申請者が  
親族等の代表として行なうことに同意します。

(親族等)

住 所

患者との続柄

ふり がな  
氏 名

住 所

患者との続柄

ふり がな  
氏 名