

## 委任状

代理人

氏名： \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

私は上に掲げるものを代理人と定め、下記の権限を委任します。

年 月 日

委任者（自署又は実印による押印）

氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

※患者本人が自署できない場合はその理由

\_\_\_\_\_

記

### 【委任事項】

愛知県精神医療センターにおける

1. 診療記録等開示の申請を行う権限
2. 診療記録等開示の申請に係る個人情報の全部または一部を開示する旨の決定通知を受ける権限及び診療記録等開示の申請に係る個人情報の全部を開示しない旨の決定通知を受ける権限
3. 診療記録等の開示提供を受ける権限

<愛知県精神医療センターからの注意事項>

- 代理人の方は、本委任状の原本と併せて、次の書類を必ずご持参ください。  
委任者の実印を押印したうえで印鑑登録証明書（自署の場合は不要）又は運転免許証等本人に対し一に限り発行される書類の写し
- 患者本人が死亡されている場合は戸籍謄本（抄本）、住民票（除票）、死亡診断書等患者本人の死亡の事実及びその御遺族であることが確認できる書類も必要です。
- 本委任状及び身分証明書その他必要書類の持参がない場合、上記事項には対応できませんのでご了承ください。
- 本委任状の有効期限は、委任者が記載した翌日から起算して90日以内とします。