（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

（患　者　氏　名）

私は、上記の代理人に、貴院が保管している＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

患者との続柄　（　　）