

診療記録開示 委任状

年 月 日

上町いまきいれ病院 院長殿

(患者様)

住所

氏名

印

生年月日

年 月 日

連絡先

電話番号

— —

私は、私の診療に関する診療記録等の開示手続きについて、下記の者に委任することに同意します。

同意する相手方

住所

氏名

様

患者様との関係

※ 患者様ご本人へ確認させていただく場合がございます。