

# 診療記録開示 委任状

年 月 日

上町いまきいれ病院 院長殿

赤枠内へのご記入を  
お願いします。

開示対象者ご本人の  
署名が必要となります。

(患者さん)

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

患者様との関係

申込者ご記入欄

様

※ 患者さんご本人へ確認させていただく場合がございます。