

診療録等開示委任状

医療法人社団 素馨会
のもと皮膚科クリニック
院長 野本 重敏 殿

西暦 年 月 日

【代理人】

氏名 _____

患者との関係 _____

住所 〒 _____

貴院の患者である私は、私に関する診療録等の開示請求をし、開示を受けることについて、上記の代理人に委任いたします。

【委任者（患者）】

※患者様ご本人が署名してください。

※患者様ご本人の実印を押印してください。

氏名 _____ 印

生年月日 _____ 西暦 年 月 日

住所 〒 _____

診療録等開示委任状

医療法人社団 素馨会
野本真由美スキンケアクリニック
院長 清水 純子 殿

西暦 年 月 日

【代理人】

氏名 _____

患者との関係 _____

住所 〒 _____

貴院の患者である私は、私に関する診療録等の開示請求をし、開示を受けることについて、上記の代理人に委任いたします。

【委任者（患者）】

※患者様ご本人が署名してください。

※患者様ご本人の実印を押印してください。

氏名 _____ 印

生年月日 _____ 西暦 年 月 日

住所 〒 _____

診療録等開示委任状

医療法人社団 素馨会
野本真由美クリニック銀座
院長 野本 真由美 殿

西暦 年 月 日

【代理人】

氏名 _____

患者との関係 _____

住所 〒 _____

貴院の患者である私は、私に関する診療録等の開示請求をし、開示を受けることについて、上記の代理人に委任いたします。

【委任者（患者）】

※患者様ご本人が署名してください。

※患者様ご本人の実印を押印してください。

氏名 _____ 印

生年月日 _____ 西暦 年 月 日

住所 〒 _____