

## 医療法人 仁泉会 MIクリニック診療情報開示委任状

MIクリニック病院長 殿

私は、(代理人氏名) \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

(住 所) \_\_\_\_\_

(電話番号) ( ) - \_\_\_\_\_

を代理人として、下記事項を委任します。

記

私に関する診療情報等の閲覧・開示などを申請し、写しなどの交付を受ける件

年 月 日

委任者・患者本人 氏 名  
(本人署名欄) \_\_\_\_\_

生 年 月 日 年 月 日生

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 ( ) - \_\_\_\_\_

以上