

# 診療録等開示委任状

医療法人新光会  
横浜みのりメンタルクリニック  
院長 吉岡 正哉 殿

年 月 日

## 【代理人】

氏名

---

患者との関係

---

住所 〒

---

---

電話番号

---

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、上記の代理人に委託します。

## 【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

---

生年月日 年 月 日

---

住所 〒

---

---