

# 代理人確認書

年 月 日

国家公務員共済組合連合会  
大手前病院長 殿

私は、私の個人情報に関する

開示請求  
訂正・追加・削除請求  
利用停止請求  
(上記のいずれかを○で囲む)

につき、下記の者を私の代理人と定めたことを認めます。

## 【代理人】

フリガナ 氏 名	
患者との関係	
住 所	
電 話 番 号	

※ 代理人（弁護士・保険会社）は、下記証明書のコピーをください

写真付社員証明書、運転免許証、写真付住民基本台帳カード、在留カード等の身分証明書をご提出ください。

患 者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(自署)

ID番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

病院長	委員長	診療科部長	担当医	受付