

代理人確認書

年 月 日

大手前病院
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	

代理人の方は、本人及び代理人の公的証明書(運転免許証、健康保険の被保険者証、外国人登録証明書)をご持参ください。

患者 氏名 _____ ⑩
(自署) ID番号 _____
住所 _____
電話番号 _____

病院長	委員長	医長	担当医	受付	(確認)