

代理人確認書

年 月 日

城北病院院長殿

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	
患者様との関係	
住所	
電話番号	

患者様
(自署)

氏名 _____ (印)

住所 _____

電話番号 _____

院長	管理責任者	事務局	受付
(印)	(印)	(印)	(印)