

代理人確認書

年 月 日

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	

患 者 氏 名

(自署) ID番号

住 所

電話番号

病 院 長	委 員 長	管 理 部 長	担 当 医	受 付	(確認)