

代理人確認書

年 月 日

医療法人新青会 川口工業総合病院
病院長 殿

私は、私の個人情報に関する(下記のいずれかを○で囲む)

- ・ 開示請求 ・ 訂正・追加・削除請求 ・ 利用目的停止請求

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 (自署) 氏 名 _____ (印)

_____ ID番号

_____ 住 所

_____ 電話番号

院長	副院長	事務部長	担当医	受付	備考