

個人情報に関する代理人確認書

平成 年 月 日

医療法人社団仁生堂 大村病院
院長 田中勝紘 殿

私は、医療法人社団仁生堂大村病院における私の個人情報の取り扱いに関して、
下記の者を代理人と定めたことを認めます。

記

(委任区分) *該当するものを○で囲む

1. 開示請求	2. 訂正・追加・削除請求	3. 利用停止請求
---------	---------------	-----------

(代理人)

フリガナ	
氏名	
患者との関係	
住所	〒
電話番号	()

※必ず患者さまの直筆でご記入下さい

(患者本人の署名・押印)

患者(自署) 氏名 _____ (印)

患者番号 _____

住所 _____

電話番号 () _____