

代理人確認書

年 月 日

医療法人社団三成会河北前田病院

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	

請求者 氏 名 _____ (印)

(自署) 患者との関係 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

院長	担当医	受付	(確認)