

代理人確認書

_____年 ____月 ____日

医療法人 公仁会 姫路中央病院 院長 金丸 太一 殿
医療法人 公仁会 姫路中央病院附属クリニック 所長 東 靖人 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 ID番号 _____
(自署) 氏 名 _____ 印
住 所 _____
電 話 番 号 _____