

代理人確認書

年 月 日

医療法人社団永生会 南多摩病院

院長 益子 邦洋 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

利用停止等請求

(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	
患者様との関係	
住所	
電話番号	

患者様氏名 (自署) _____ (印)

診察券 I D _____

住所 _____

T E L _____

受付	医事課	担当医	委員長	院長	確認