

代理人確認書

年 月 日

医療法人 健康会

理事長 清水 聡 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ID _____

住 所 _____

TEL _____

受付	医 事	担当医	委員長	理事長	確 認