

代理人確認書

医療法人社団紫雲会
千葉南病院 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

(いずれかを○で囲んでください)

について、下記のことを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	

平成 年 月 日

患者

氏 名 _____ ⑩

住 所 _____

電話番号 _____

院長	主治医	事務長	受付	(確認)