

代理人確認書

年 月 日

かわさき記念病院 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

(上記のいずれかを○で囲んでください)

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（自著）

氏名 _____

診察券番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

院長	委員長	担当医	受付	確認