様式２

代理人確認書

年　　月　　日

医療法人社団　三成会
新百合ヶ丘総合病院
院長　笹沼　仁一　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

（上記のいずれかを〇で囲む）

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　氏　　名　　㊞
（自署）　ID 番号
住　　所
電話番号

理事長	院　長	個人情報保護統括管理責任者	科　長	主治医	事務長	危機管理室	受　付	開示実施費用徴収