

代理人確認書

令和 年 月 日

社会医療法人宏潤会

理事長 宇野 雄祐 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○で囲む)

につき、下記の者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	

患者様 氏 名: _____ 印

ID番号: _____

住 所:

電話番号: _____

理事長	主治医	担当者	受付	確認