

# 代理人確認書

年 月 日

新横浜リハビリテーション病院 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 (印)

診察券番号

住所

電話番号

院長	委員長	担当医	受付	確認