

代理人確認書

____年__月__日

町立八丈病院長 殿

私は、私の個人情報に関する

}	開示請求	(いずれかを で囲む)
	訂正・追加・削除請求	
	利用停止請求	

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 _____

ID番号 _____

住 所 _____

電話番号 _____