

別表3

代理人確認書

____年 ____月 ____日

名古屋セントラル病院

私は、私の個人情報に関する（ 開示、訂正・追加・削除、利用停止 ）につき、
下記の者を私の代理人として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) I D 番 号

住 所

電 話 番 号

[事務処理欄]

事務担当者 (医事・ドック)	受取者