

－ 代理人確認書(委任状) －

平成 年 月 日

川越胃腸病院
院長 望月智行殿

私は、下記の者を私の代理人と定め、私の個人情報に関わる以下の行為について、委任します。(以下のうち、委任する行為に○を付す)

1. 結果説明
2. 処方箋・処方薬の授受
3. 診断書の授受
4. 当院が保有する個人情報に係る以下の行為
 - ①開示請求
 - ②訂正
 - ③追加
 - ④削除請求
 - ⑤利用停止請求
 - ⑥その他(具体的に:)

記

【代理人】

<input type="checkbox"/> ふりがな	
<input type="checkbox"/> 氏名	
<input type="checkbox"/> 本人との関係	
<input type="checkbox"/> 住所	
<input type="checkbox"/> 電話番号	

【患者様本人(自署)】

<input type="checkbox"/> 氏名	
<input type="checkbox"/> カルテ番号	
<input type="checkbox"/> 住所	
<input type="checkbox"/> 電話番号	

病院確認欄

年	月	日	確認者	_____	(免許証、保険証、()で確認
年	月	日	確認者	_____	(免許証、保険証、()で確認
年	月	日	確認者	_____	(免許証、保険証、()で確認
年	月	日	確認者	_____	(免許証、保険証、()で確認
年	月	日	確認者	_____	(免許証、保険証、()で確認

※代理人の身分証明書(運転免許証等)を確認させていただきますので、持参ください。