令和　　　年　　　月　　　日

川越消化器クリニック

院長藤野幸夫殿

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】

|  |  |
| --- | --- |
| □ふりがな |  |
| □氏名 |  |
| □本人との関係 |  |
| □住所 |  |
| □電話番号 |  |

【患者様本人（自署）】

|  |  |
| --- | --- |
| □氏名 |  |
| □カルテ番号 |  |
| □住所 |  |
| □電話番号 |  |