

# 代理人確認書

年 月 日

仙台オープン病院  
院長 土屋 誉 殿

私は、私の個人情報に関する 入院証明書の請求  
診断書の請求  
傷病手当金請求書の請求  
その他 [ ] 請求  
(上記のいずれかを○で囲む)

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	㊟又はサイン
患者との関係	
住 所	
電話番号	

患 者 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟又はサイン

I D 番 号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_