

## 代理人確認書

たちかわ総合健診センター

センター長 小田 栄司 殿

私は、私の個人情報に関する「**開示請求、訂正・追加・削除請求、利用停止請求**（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】

ふりがな	
氏名	
受診者との関係	
住所	
電話番号	

## 【受診者（自署）】

ふりがな	
氏名	
健診ID番号	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	

センター長	備考