

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「**健診結果受領、その他**」
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