

市立長浜病院 御中

(写：認定事業者：一般社団法人ライフデータイニシアティブ 御中)

次世代医療基盤法に基づく医療情報提供停止（・削除）申請に関する委任状

申請者（本人）は、医療分野の研究開発に資する匿名加工医療情報に関する法律（以下、次世代医療基盤法）に基づき、認定事業者への医療情報の提供停止（・削除）の申請を下記の者（代理人）に委任します。

1. 申請者（本人）（本人確認のために必要な情報です。）

お名前		印
ご住所	〒	
備考		

※ご本人による記載が困難な場合、その理由を備考欄にご記載ください。

2. 代理人（本人確認のために必要な情報です。）

お名前		印
ご住所	〒	

3. 申請に関するご確認

本申請に関するご確認のために、以下に記載いただいたご連絡先宛にご質問・ご連絡させていただく場合があります。ご希望のご連絡方法をチェックし、必要事項をご記入下さい（本人・代理人のいずれか該当する方を○で囲む）。

<input type="checkbox"/> 電子メール：本人・代理人 メールアドレス（_____）
<input type="checkbox"/> 電 話：本人・代理人 連絡先電話番号（_____）

4. 同封物

同封物（必要な本人確認書類）を以下に示します。不備がないかご確認下さい。

以下①、②それぞれの写しをご用意ください。

①申請者本人の身分を確認できる書類（本人の診察券・健康保険証・運転免許証 等）

②代理人本人の身分を確認できる書類（代理人の健康保険証・運転免許証 等）

※本申請に伴い取得した個人情報について

本申請に際して取得しました個人情報については、本申請に係る対応のためにのみ取り扱うものとします。本申請書は、手続きが終了した後3年間保存するものとしその後廃棄致します。