

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

平成 年 月 日

(医療機関名)医療法人社団三愛会 君塚病院 院長殿

私は、貴院が保有する個人情報について下記のとおり訂正・追加・削除（以下訂正等）していただくよう請求いたします。

訂正等を求める患者様	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住 所		
	生年月日		
訂正等を希望する内容等	訂正等希望箇所を特定する記録文書名、日付	具体的な訂正等の内容 ※訂正請求は客観的事実に関する記録に限ります	

氏 名： _____

請求者

患者様との関係： _____

住 所： _____

電 話 番 号： _____

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、
貴院が保有する私の診療記録の訂正等に関する一切を委任します。

患者様本人(自署) _____ ㊞

受 付	院 長	事務長	担当医		訂正実施	訂正可否
㊞	㊞	㊞	㊞			