

個人情報に関する利用停止等請求書

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利用停止、第三者提供または、消去していただくよう請求いたします。

利用停止等を求める患者様情報	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住 所		
	生年月日		
利用停止等請求の対象となる記録文書、日付			
利用停止等請求の内容 ※どのような目的への利用停止等を希望するのか具体的にお書き下さい。			
利用停止等請求の理由	<input type="checkbox"/> あらかじめ定められた利用目的をこえた利用 <input type="checkbox"/> 当該個人情報 that 不当な手段によって取得されたため <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>		

請求者 氏 名： _____
 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利用停止等に関する一切を委任します。

患者様本人(自署) _____ (印)

受 付	院 長	事務長	担当医		訂正実施	訂正可否
(印)	(印)	(印)	(印)			