

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

(医療機関名)

センター長殿

年 月 日

私は、貴センターが保有する下記のとおり訂正・追加・削除（以下、訂正等）していただくよう請求します。

開示を受けようとする 受診者	フリガナ	(姓)	(名)
	受診者氏名		
	受診年月日	年 月 日	
	受診番号		
	住 所		
	生年月日	年 月 日	
開示を希望する内容等	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

請求者

氏名

受診者との関係

住所

電話番号

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、貴センターが
保有する私の診察記録等の訂正等請求に関する一切を委任いたします。

受診者本人 (自署) _____

受付	センター長	担当医		開示実施	費用徴収