

個人情報に関する利用停止請求書

(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個人情報について、利用停止、
第三者提供の停止または、消去を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情報	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	
利用停止等請求の対象となる記録文書名、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ください。			
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超えた利用 <input type="checkbox"/> 当該個人情報不正な手段によって取得されたため その他 ()		

開示請求者

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の請求に関する一切を委任いたします。

受診者本人 (自署)