

# 個人情報に関する訂正・追加・削除・請求書

年 月 日

医療法人 健康会

理事長 清水 聡 殿

私は、医療法人健康会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)していただきたく、請求いたします。

訂正を希望する患者様	フリガナ	(姓)	(名)		
	患者様氏名				
	診察券ID		受診施設	病院・診療所・介護・他	
	生年月日	年 月 日	名称		
	住所	請求者が患者様本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要ありません			
訂正等を希望する記録等	訂正等の希望箇所を特定する 記録文書名、日付		訂正等の具体的内容 訂正請求は客観的事実に限ります		

請求者

氏 名(自署)

印

請求者が代理人の場合は、  
「代理人確認書」を併せて提出  
ください。

代理人住所

連絡先電話

( )

-

本人との関係

(本人同意書)

(請求者)

私は、上記の通り \_\_\_\_\_ に対して、医療法人健康会が保有する  
私の診療録等が開示されることに同意いたします。

患者様氏名(自署)

印

受付	医 事	担当医	理事長		開示実施日	費用徴収