

個人情報に関する利用停止等請求書

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下記の個人情報について、利用停止又は第三者提供停止していただきたく、請求いたします。

利用停止等を求める患者様	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		
利用停止請求等の対象となる記録文書名、日付又は提供先、提供方法				
利用停止等請求の内容 どのような目的への利用停止又は第三者提供停止を希望するか具体的に書きください。				
利用停止等請求の理由		() あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 () 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 ()		

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の利用停止又は第三者提供停止す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	確認	停止可否	停止実施