

個人情報に関する利用停止等請求書

年 月 日

医療法人社団永生会 南多摩病院
院長 益子 邦洋 殿

私は、医療法人社団永生会 南多摩病院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く、請求いたします。

開示を受けようとする患者様	フリガナ	(姓)	(名)
	患者様氏名		
	診察券ID		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		
利用停止請求等の対象となる記録文書、日付又は提供先、提供方法			
利用停止等の請求の内容 ※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お書きください。			
利用停止等の請求の理由		()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()	

開示請求者

請求者 (自署)

印

※ 請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出してください。

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、下記の通り _____ に対して、医療法人社団永生会南多摩病院が保有する、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します。

患者様氏名 (自署)

印

受付	医事課	担当医	院長	確認	停止可否	停止実施