

苦情対応シート

医療法人社団永生会 南多摩病院 殿

個人情報保護法に基づき、私に関する個人情報の取り扱いについて回答を請求します。

●患者様ご記入欄

請求日	年 月 日
患者 I D	
氏 名	
郵便番号	〒 -
住 所	
電話番号	()

1. 回答に係わる個人情報を特定するために必要事項

--

2. 回答を請求する内容

--

3. 請求に係わる必要書類

<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 障害者手帳
<input type="checkbox"/> 外国人登録証明書						
<input type="checkbox"/> その他、会社や政府関係機関が発行する証明書 ()						

4. 回答内容

--

受付	医事課	担当医	院長	個人情報委員会	担当者	回答日