

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 永生病院 院長殿

私は、貴院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)
	患者氏名	
	カルテID	
利用停止等請求の対象となる 記録文書名、日付	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用目的の追加確認書 <input type="checkbox"/> その他の文書【文書名: _____】 日付 年 月 日～	
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	<input type="checkbox"/> 院内でのお見舞い等の面会希望者からの問い合わせの回答 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
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"/> 当該個人情報が不正な手段によって取得されたため <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

請求者

ご本人様自署 _____

代理人氏名 _____

ご本人との関係 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

院内処理

受 付	医 事	病 棟	支 援 室	総 務		