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　みなみ野病院

院長　　田中　譲　殿

私は、医療法人社団永生会　みなみ野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きたく、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		
	患者番号		
	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 (　) 当該個人情報が不正な手段によって取得されたため (　) 利用する必要が無くなったため (　) 漏えい等の事案が発生したため (　) 権利又は正当な利益が害される恐れがあるため その他（　　）	

請求者　　請求者（自署）　　㊞

※請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出して下さい。

代理人住所

連絡先電話

本人との関係

（本人同意書）

私は、下記の通り（請求者）＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、医療法人社団永生会みなみ野病院が保有する、私の診療録等の利用停止又は第三者提供停止することを同意します。

患者様氏名（自署）　　㊞

受付	医事課	担当医	院長	確認	開示実施日	費用徴収