

個人情報に関する訂正・追加・削除・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、下記のとおり訂正・追加・削除（以下、訂正等）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		
	診察券ID		
	生年月日	年 月 日	
住所			
訂正等を希望する記録等	訂正等の希望箇所を特定する 記録文書名、日付		訂正等の具体的内容 ※訂正請求は客観的事実に限ります。

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、私の診療録等の開示されることに同意いたします。

患者様氏名（自署） _____ (印)

受付	医事課	担当医	院長	確認	開示実施日	費用徴収