

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年 月 日

中津市立中津市民病院 病院長殿

私は、貴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（以下訂正等と記載）するよう請求いたします

訂正等を求める 患者氏名等	フリガナ	
	患者氏名	
	I D 番号	
	住 所	
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
訂正等の請求の対象となる 記録文書名、日付		
訂正等の希望箇所 訂正等の希望箇所と変更内容について具体的に記載して下さい。		
訂正等の請求の理由	<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 氏 名 _____
(自署) 患者との関係 _____
住 所 _____
電話番号 _____

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、貴院が保有する私の個人情報が訂正・追加・削除されることに同意致します。

患者様本人 (自署) _____

資格確認	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者が未成年者である場合に、その親権者又は未成年後見人 <input type="checkbox"/> 患者本人が選任した代理人 <input type="checkbox"/> 患者が死亡した場合に、患者の配偶者、子、親、及びその他の法定相続人 <input type="checkbox"/> 患者が死亡し、且つ患者の配偶者、子、親、その他法定相続人が成年被後見人である場合に、その成年後見人 <input type="checkbox"/> その他 ()
確認資料	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()