

(様式1)

社団医療法人呉羽会

個人情報・特定個人情報お問い合わせ窓口 宛

受付番号 -

保有個人データ開示等申請書

申請年月日	年 月 日
(ふりがな) 本人氏名	
電話番号	- -
メールアドレス	
住所	〒 _____ _____ (マンション名またはアパート名)
個人情報を当社とどのようななかかわりで提供されましたか	----- -----
希望される内容に○をつけて下さい	1. 利用目的の通知 2. 内容の開示 3. 内容の訂正 4. 内容の追加 5. 内容の削除 6. 利用の停止 7. 消去 8. 第三者への提供の停止 9. 第三者提供に係る確認記録の開示
希望される項目に○をつけて下さい	1. 氏名 2. 住所 3. 電話番号 4. 携帯電話番号 5. メールアドレス 6. 年齢 7. その他 ()
(2. 内容の開示または9. 第三者提供に係る確認記録の開示をご希望の場合)希望される開示方法に○をつけて下さい	1. 郵送 2. 電子メール 3. その他 ()
ご本人確認資料	1. 運転免許証のコピー 2. パスポートのコピー 3. 健康保険の被保険者証のコピー 4. その他 ()

代理人による申請の場合は、以下もあわせて記入して下さい。

代理権を証する書面	1. 戸籍謄本 2. 親権者の場合は扶養家族が記入された健康保険の被保険者証のコピー 3. 委任状(委任するご本人の実印を捺印ください)および当該印鑑の印鑑登録証明書 4. その他 ()
代理人と本人との関係	
(ふりがな) 本人氏名	Ⓜ
電話番号	- -
メールアドレス	
代理人住所	〒 _____ _____ (マンション名またはアパート名)
代理人に関するご本人確認資料	1. 運転免許証のコピー 2. パスポートのコピー 3. 健康保険の被保険者証のコピー 4. その他 ()

診療録開示(カルテ開示)は本申請書でお取り扱いできません。
受付窓口にてお問合せください。

窓口責任者	受付者