

個人情報に関する利用停止等請求書

令和 年 月 日

医療法人社団三秀会 青梅三慶病院 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、第三者提供の停止または、消去をしていただくよう請求いたします。

利用停止を求める 患者様氏名	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	住所		
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年
利用停止等請求の対象 となる記録文書名、日付			
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 希望するか具体的にお書きください			
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 その他 ()		

請求者 氏名

本人確認(顔写真入りの 物) <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他	患者との関係
	住所
	電話番号

(本人委任状)

私は、上記の通り、(請求者) _____ に対して、貴院が保有する私の診療記録等が利用停止等請求に関する一切を委任いたします。

患者本人(自署) _____

受付	院長	担当医師	個人情報保護委員会	
			停止実施	停止可否