

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

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、訂正・追加・削除(以下、訂正等)をしていただくよう請求いたします。

| | | | |
|--|---|------------------------|-----|
| 訂正等を求める 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 |
| 訂正等請求の対象 となる記録文書名、日付 | | | |
| 訂正等請求の内容 ※どのような目的への訂正等を 希望するか具体的にお書きください | | | |
| 訂正等請求の理由 | <input type="checkbox"/> 情報に訂正等が必要なため <input type="checkbox"/> 情報に誤りがあるため 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訂正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 | |
|----|----|------|-----------|-------|
| | | | 訂正等実施 | 訂正等可否 |
| | | | | |