

# 個人情報に関する利用停止請求書

年 月 日

医療法人社団三成会河北前田病院

院 長 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、利用停止するよう請求いたします。

利用停止を求める 患者氏名等	フリガナ 患者氏名	
	ID 番号	
	住 所	
	生年月日	
利用停止請求の対象となる 記録文書名、日付		
利用停止請求の内容 *どのような目的への利用停止を希望 するか具体的にお書きください		
利用停止の理由	( ) あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 ( ) 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 \_\_\_\_\_ (印)

(自署) 患者との関係 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

\*請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出下さい。

\*請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要がありません。

院長	担当医	受付	(確認)	停止可否	停止実施日時