

個人情報開示・訂正・利用停止請求書

_____年____月____日

一般社団法人 岡崎市医師会
会 長 小 原 淳 様

一般社団法人岡崎市医師会『開示対象個人情報に関する事項について』に基づき、次のとおり個人情報の開示、訂正又は利用停止を請求します。

請求者 (個人情報当該者氏名)	請求者の電話番号 (個人情報当該者の電話番号)	() -
開示・訂正・利用停止請求に係る個人情報を特定するために必要な事項	生年月日： 明治・大正 昭和・平成 年 月 日	
	現住所：	
	勤務先：	
	当会との関係(下記にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 人間ドック・健診(出張・施設内)受診者 <input type="checkbox"/> 依頼診療検査受診者 <input type="checkbox"/> 夜間急病診療所受診者 <input type="checkbox"/> 採用応募者 <input type="checkbox"/> 医師会会員 <input type="checkbox"/> その他()	
	当会(センター)受診日： 年 月 日(No.)	
請求区分	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用・提供の停止	
①開示を請求する場合 内容及び方法について記入してください	開示内容： <input type="checkbox"/> 結果交付 <input type="checkbox"/> 画像交付(フィルム・DVD) <input type="checkbox"/> 口頭説明 <input type="checkbox"/> その他()	請求理由： <input type="checkbox"/> 病院へ受診するため <input type="checkbox"/> 保険請求を行うため <input type="checkbox"/> その他()
②訂正を請求する場合 内容を記入してください		
③削除を請求する場合 内容を記入してください		
④利用・提供停止を請求する場合 内容を記入してください		

請求者本人に代わって代理人が請求する場合は、次の欄にも記入してください。

I. <input type="checkbox"/> 配偶者又は二親等以内で、本人と同居している方 請求者本人： 印 (本人自筆でお願いします) 代理人氏名： 請求者本人との関係：	II. <input type="checkbox"/> 左記I.以外の代理人 所属団体： 氏名： (下記注2参照)
---	---

注1 請求に係る個人情報の請求者(個人情報当該者)本人又はその代理人であることを証明するために必要な書類(運転免許証、旅券等)を提示してください。

注2 II.(I.以外)の代理人によって請求する場合は、注1の書類のほか、請求者(個人情報当該者)本人の印鑑証明書及び個人情報取扱いに関する委任状(RG-KT-14-6002)又は類似した委任状等を提出してください。

注3 裁判所(弁護士事務所)が請求する場合は、事件番号の記載された裁判所公文書を提出してください。

以下は記入しないでください

請求者本人又は代理人の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード(表面) <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他() II.(I.以外の代理人)の場合は委任状も確認： <input type="checkbox"/> 委任状
受領(開示)の確認	受領日： 年 月 日 氏名：
請求に対する対応した処理内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用・提供の停止
	処理担当者 印 個人情報保護管理責任者 印