

# 個人情報開示・訂正・利用停止請求書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

一般社団法人岡崎市医師会  
会長 小森 保生 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(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	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	開示請求の内容( ) <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( )	
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"/> 配偶者または二親等以内で、本人と同居している方 請求者本人： (本人自筆でお願いします) 印  代理人氏名： (下記注2参照) 請求者本人との関係：	II. <input type="checkbox"/> 左記I.以外の 代理人
--	---

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委任状(RG-KT-6002)また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.....

請求者本人または 代理人の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証(No. 下4桁 ) <input type="checkbox"/> 旅券(No. ) <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 (受領者サインをお願いします)	期日： 年 月 日 氏名：
請求に対する処理内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知(応じた、応じない) <input type="checkbox"/> 開示(応じた、応じない) <input type="checkbox"/> 訂正(応じた、応じない) <input type="checkbox"/> 削除(応じた、応じない) <input type="checkbox"/> 利用・提供の停止(応じた、応じない)
処理担当者： 印	個人情報保護管理責任者： 印