

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 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() | |
| ②訂正を請求する場合 内容を記入してください | 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() | |
| 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 <small>(本人自筆でお願いします)</small> 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： <small>(下記注2参照)</small> |
|--|--|

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 |