

# 個人情報に関する利用停止等請求書

年 月 日

(医療機関名) \_\_\_\_\_ 院長殿

私は、貴院が保有する個人情報について、利用停止、第三者提供の停止または、消去をしていただきたくよう請求いたします。

利用停止等を求める 患者様情報	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日		
利用停止等請求の対象 となる記録文書名、日付			
利用停止等請求の内容 どのような目的への利用 停止等を希望するのか具体的 にお書きください。			
利用停止等請求の理由	<input type="checkbox"/> あらかじめ定められた利用目的をこえた利用 <input type="checkbox"/> 当該個人情報不正な手段によって取得されたため <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> _____ )		

請求者

氏 名 \_\_\_\_\_  
 患者様との関係 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電 話 番 号 \_\_\_\_\_

## ( 本人委任状 )

私は、上記のとおり、(請求者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院が保有する私の診療記録等の利用停止等請求に関する一切を委任いたします。

患者様本人(自署) \_\_\_\_\_ 印

受付	院長	副院長	担当医		停止実施	停止可否
印	印	印	印			