

## 個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年 月 日

JR 東京総合病院長 殿

請 求 者

氏 名 \_\_\_\_\_  
 生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 才 )  
 住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_  
 患者との関係 \_\_\_\_\_

私は、貴院が保有する個人情報について、下記のと通りの訂正・追加・削除(以下「訂正等」という。)を請求します。

訂正等を希望する患者 氏名等	氏 名	フリガナ
	生年月日	
	ID 番号	
	住所	〒
訂正等を希望する記録等	訂正等の希望箇所を特定する記録文 書名、日付	訂正等の具体的内容 訂正請求は客観的事実に限ります。

- 注 1 申請の際には、申請者本人であることを確認するために必要な書類を提出又は提示してください。(運転免許証、パスポート、健康保険証、厚生年金手帳、印鑑証明、戸籍謄本等の本人であることを証明する2つの証明書等)
- 2 患者本人以外の方が申請する場合に、前項に定める書類の他、患者本人と申請者との関係を証明する書類や委任状等が必要です。