

個人情報に関する利用停止等請求書

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、下記のとおり利用停止又は消去(以下「訂正等」という。)するよう、を請求します。

| | | | |
|-----------------|--|---|--|
| 利用停止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 | 〒 | |
| 利用停止等を希望する記録等 | 利用停止等の希望する記録、日付 | 利用停止等の具体的内容 どのような目的への利用停止を希望するのか、具体的に記載してください。 | |
| | | | |
| 利用停止等の理由 | <input type="checkbox"/> あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 <input type="checkbox"/> 当該個人情報不正な手段により取得されたため その他 () | | |

- 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。