

開示対象個人情報の開示等に関する請求書

請求先：医療法人 北斗会

年 月 日

(ふりがな)

請求者氏名 _____

住所または居所 〒 _____ TEL () _____

※ 該当する項目をチェックして下さい。

- 個人情報保護に関する法律第 25 条に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示等を請求します。→Ⅰへ
 個人情報保護に関する法律第 26 条に基づき、下記のとおり保有個人情報の訂正等を請求します。→Ⅱへ
 個人情報保護に関する法律第 27 条に基づき、下記のとおり保有個人情報の利用停止等を請求します。→Ⅲへ

I. 開示/利用目的の通知

1 開示の対象となる保有個人情報の名称（具体的に特定してください。）

--

2 求める開示の実施方法等

開示方法は原則施設内での対応となりますが、その他の方法をご希望の場合は下記にご記入ください。

--

3 手数料

開示請求手数料※	<input type="checkbox"/> 現金（窓口のみ）	<input type="checkbox"/> 銀行振込
----------	-----------------------------------	-------------------------------

※ 開示請求手数料につきましては、内容により異なりますのでお問い合わせ下さい。

II. 訂正等

訂正等の対象となる保有個人情報の名称	
訂正等請求の内容	

III. 利用停止等（利用停止、消去、提供の停止）

利用等の対象となる保有個人情報の名称	
利用停止等請求の内容	<input type="checkbox"/> 利用の停止、 <input type="checkbox"/> 消去、提供の停止 【具体的内容】

IV. 本人確認等

開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
本人の状況等（法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。）	<input type="checkbox"/> 未成年者 (年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人
	本人の氏名 _____ 本人の住所 _____
法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示または提出してください。（請求資格確認書類）	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()

* 本書ならびに添付書類は直接お持ちいただくか、ご郵送ください。

【04103 開示対象個人情報の開示等に関する請求書】

* 郵 送 先

すべての書類が整いましたら、下記住所に郵送またはご持参ください。

【 郵送先 】

〒321-0901

栃木県宇都宮市平出町 368-8

医療法人北斗会 宇都宮東病院

個人情報保護管理者 清水孝明 まで

『開示等請求書在中』 とお書き添えください。

※郵送の際の郵便料金は、ご請求者様のご負担でお願いいたします。