【04103 開示対象個人情報の開示等に関する請求書】

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※	☐　現金（窓口のみ）　　☐　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	☐　利用の停止、☐消去、提供の停止 【具体的内容】

Ⅳ．本人確認等

開示請求者	☐本人　　☐法定代理人
請求者本人確認書類	☐運転免許証　☐マイナンバーカード　☐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。）	☐未成年者（　　年　月　日生）　☐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）	☐戸籍謄本　　☐登記事項証明書　　☐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。

＊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 篠崎利一 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。