

個人情報に関する利用停止請求

年 月 日

荒木記念東京リバーサイド病院
病院長

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、利用停止するよう請求いたします。

フリガナ 氏 名		性別
I D		
住 所		
生年月日	西暦 年 月 日	
利用停止を請求する文書 (記録文書名、日付等)		
利用停止請求の内容 (どのような目的への利用停止を希望 するか具体的にお書きください)		
利用停止請求の理由	() あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 () 当該個人情報が不正な利用な手段によって取得された為 その他 ()	

請求者 氏 名 _____

(自署) 続 柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____

* 請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出してください

* 請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要はありません

院長	看護部長	事務長	主治医医医 (代理)	開示担当責任者	担当者