

個人情報に関する利用停止等請求書

年 月 日

(医療機関名) _____ 院長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、利用停止、第三者提供の停止または、消去をしていただくよう請求いたします。

利用停止等を 求める 患者情報	フリガナ	(性)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日		
利用停止等請求の対象 となる記録文書名,日付			
利用停止等請求の 内容 どのような目的への利用停止等を希望するのか具体的に お書きください			
利用停止等請求の 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手段によって取得されたため その他 ()		

請求者 氏 _____ 名 _____
患者との関係 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、貴院が保有する私の診療記録等の利用停止等請求に関する一切を委任いたします。

患者本人(自著) _____

受付	院長	医長	担当医		停止実施	停止可否