

個人情報に関する利用停止請求書

年 月 日

くまもと県北病院長様

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していただくよう請求します。

利用停止を求める 患者情報	患者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
	電話番号	
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記入ください。		
利用停止等請求の利用	<input type="checkbox"/> あらかじめ定められた使用目的を超えた利用 <input type="checkbox"/> 当該情報が不正な手段により取得されたため <input type="checkbox"/> 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、上記の通り（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（自署） _____

受付番号（利用停止等）

年 号

決裁