

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人社団 藤順会 藤沢順天医院
藤沢総合健診センター 個人情報保護管理責任者 殿

(フリガナ)

氏名

住所 〒

TEL ()

私は、貴院が保有する下記個人情報の開示を請求いたします。

1. 開示を請求する個人情報

受診日 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 画像データ(CD-R) 項目 <input type="checkbox"/> 上部消化管 X線 <input type="checkbox"/> 胸部 X線 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 頭部・胸部 CT
<input type="checkbox"/> その他 ()

2. 求める開示の実施方法

アまたはイに○印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

ア 受付窓口における開示の方法を希望する。 ・実施の方法 <input type="checkbox"/> データ交付 <input type="checkbox"/> 閲覧 ・実施の希望日 平成 年 月 日
イ 写しの送付を希望する。

3. 本人確認等

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
イ 請求者本人確認書類（請求者本人の氏名及び現住所の記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 () ※請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写しを添付してください。
ウ 本人の状況等（法定代理人が請求する場合にのみ記載をしてください） (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 (イ) 本人の住所 (ウ) 本人の住所または居所
エ 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（未成年者の場合） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書（成年被後見人の場合） <input type="checkbox"/> その他 ()

※開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。また、開示等の求めに際しご提出いただいた請求書は返却致しかねます。