

保有個人情報開示請求書

年 月 日

船橋市病院事業管理者 あて

(ふりがな)

氏名

住所又は居所

〒

TEL

()

電話番号は日中連絡の取れる番号をご記入ください。

(出来上がり時に連絡を行います。)

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条第1項の規定に基づき、
下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

請求内容は期間、入院・外来の別を指定してください

電子カルテの履歴（修正歴等）（☐要 ☐不要）

紙の場合印刷方法（☐片面 ☐両面）（※電子データでお渡し可能な場合はCDまたはDVDでの交付となります）

2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに○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（希望日が空白の場合は出来上がり次第お渡し可能です）。

ア 事務所（医療センター）における開示の実施を希望する。

＜実施の方法＞ ☐閲覧 ☐写しの交付 ☐その他（ ）

＜実施の希望日＞ 年 月 日

※希望日が空白の場合は出来上がり時に連絡し、開示する日を記載させていただきます。

※希望日を記載される場合は請求日の翌日から30日経過後の日付の記載をお願いします。

イ 写しの送付を希望する。

支払方法：☐現金書留 ☐納付書（千葉銀行のみ） ☐銀行振込

3 本人確認等

ア 開示請求者 ☐本人 ☐法定代理人 ☐任意代理人

イ 請求者本人確認書類

☐運転免許証

☐個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの）

☐在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書

☐その他（ ）

※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。

ウ 本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

（ア） 本人の状況 ☐未成年者（ 年 月 日生） ☐成年被後見人

☐任意代理人委任者

（ふりがな）

（イ） 本人の氏名

（ウ） 本人の住所又は居所

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し、又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（ ）

オ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提示し、又は提出してください。

請求資格確認書類 ☐委任状 ☐その他（ ）

（病院記入欄）確認者：

（R7.10.30版）