様式２

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年　　月　　日

中野総合病院　病院長　鈴木　幹雄　殿

私は、貴院が保有する個人情報について、下記のとおり訂正・追加・削除(以下、訂正等)していただくよう請求いたします。

訂正等を求める患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日	年　月　日	

訂正等を希望する内容等	訂正等希望箇所を特定する記録文書名、日付	具体的な訂正等の内容 ※訂正請求は客観的事実に関する記録に限ります。

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、＿＿＿＿＿＿に対して、貴院が保有する私の診療記録等の訂正等請求に関する一切を委任いたします。

〔当院使用欄〕

受付	管理者決裁			主治医意見			実施記録		費用		確認
月日	開示	保留	1	同意	不同意	取れず	発送	立会い	不要	収受・未収	月日
	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	