

個人情報に関する利用停止請求書

年 月 日

新渡戸記念中野総合病院 病院長 山根 道雄 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、利用を停止していただくよう請求いたします。

利用停止を求める 患者情報	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住 所		
	生 年 月 日	年	月 日
利用停止請求の対象となる 記録文書名・日付			
利用停止請求の内容 ※どのような目的への利用停止 を希望するのか、具体的にお書 きください。			
利用停止請求の理由	☐ あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 ☐ 当該個人情報不正な手段によって取得された為 ☐ 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 _____ に対して、貴院が保有する私の診療記録等の利用停止請求に
関する一切を委任いたします。

患者本人（自署）：

(当院使用欄)

[illegible]