個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

社団法人伊勢崎佐波医師会病院長　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		
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、（請求者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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。

患者本人（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受付	院長	副院長	部長	担当医		訂正実施	訂正可否