

\_\_\_\_\_  
殿

当院が保有する \_\_\_\_\_ 殿に  
関する個人情報の訂正・追加・削除について

貴殿から訂正・追加・削除請求書が提出されておりました標記の件については、下記のとおり訂正・追加・削除（以下、訂正等）することと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

訂正等の内容

なお、訂正等の内容を確認される場合には、あらかじめ当院にご連絡のうえ、当院窓口までお越しいただきますようお願いいたします。

また、訂正等の箇所の複写をご希望の場合には、実費として金 \_\_\_\_\_ 円を申し受けます。ご来院時に現金にてお支払いいただきますようお願い申し上げます。

\_\_\_\_\_  
年 月 日

社団法人伊勢崎佐波医師会病院

院 長 \_\_\_\_\_ 中 川 隆 雄 \_\_\_\_\_

担当科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_