書式９

個人情報に関する利用停止等請求書

年　　月　　日

社団法人伊勢崎佐波医師会病院長　殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、利用停止、第三者提供の停止または、消去をしていただくよう請求いたします。

利用停止等を求める患者情報	フリガナ	（姓）	（名）
	患者氏名		
	診察券番号		
	住　　所		
	生 年 月 日		
利用停止等請求の対象となる記録文書名、日付			
利用停止請求等の内　容 ＊どのような目的への利用停止等を希望するのか具体的にお書きください。			
利用停止等請求の理　由	（　　）あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 （　　）当該個人情報が不正な手段によって取得されたため 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利用停止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		停止実施	停止可否