

個人情報開示等請求書

私は、個人情報保護法第 28 条～第 34 条に基づき、下記の事項を請求いたします。

記

請求日	年 月 日
住所	〒
氏名	印
電話番号	
FAX番号	
E-mailアドレス	
当クリニックとの関係	<input type="checkbox"/> 当クリニックで健診・医療サービスを受けられた方 ----- <input type="checkbox"/> お取引先の役員又は従業員の方 所属企業・団体名： ----- <input type="checkbox"/> 当クリニックの職員 ----- <input type="checkbox"/> 採用応募者 ----- <input type="checkbox"/> 退職者 ----- <input type="checkbox"/> その他 具体的にご記入ください。
請求の内容	<input type="checkbox"/> 開示（ <input type="checkbox"/> 個人情報 <input type="checkbox"/> 第三者提供記録） 提供方法： <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 電子データ（CD もしくは DVD となります） ----- <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除 ----- <input type="checkbox"/> 利用停止 ----- <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 ----- <input type="checkbox"/> 利用目的の通知
請求の詳細	
請求の根拠	（当クリニックが個人情報を保有していると請求者様がお考えになる根拠）
回答書送付先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人

<注意事項>

1. 住所・氏名は必ず本人のものをご記入願います。
2. 本人の確認書類の写しを添付願います。
3. 代理人が請求を行う場合には、①本人及び代理人の身分証明書の写し並びに②委任状を添付願います。
4. 利用目的の通知又は開示を請求される場合には、手数料分の郵便切手を同封願います。
5. ご回答書は、本人又は代理人の身分証明書に記載の住所に本人限定受取郵便（特例型）で郵送いたします。
6. 本請求書にご記入いただいた個人情報は、開示等を行うために必要な範囲で利用いたします。