別紙様式　１

**個人情報の開示・訂正・追加・削除申出書**

古河赤十字病院　　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**【申出者】　※請求者が本人でない場合は、別紙様式２の委任状を記入してください。**

**家族または親類の方は、さらに血縁関係を示す戸籍謄本（全部事項証明）が必要です**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 郵便番号 | 　〒　　　　　－ |
| 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | 　　　　　　　－ |
| 携帯電話 | 　　　　　　　－ |
| 患者様との続柄 | 　 |

**【開示対象の患者様】**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　古河赤十字病院の保有する私の個人情報について、次のとおり開示・追加・訂正・削除を申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 個人情報等の名称等 | 診療録（カルテ）・画像情報・その他（　　　　　　　） |
| 申出の区分 | 開示 ・ 訂正 ・ 追加 ・ 削除 |
| 申出理由（簡潔に） |  |
| 追加・訂正・削除の内容 |  |

**＊病院使用欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認書類 | 運転免許証・健康保険証・パスポート・登記事項証明書（法律事務所等の場合）・その他（　　　　　　　　） |
| 担当部署 | 医事課　　担当者名 |
| 備考 |  |