

個人情報に関する利用停止等請求書

年 月 日

独立行政法人 労働者健康安全機構
大阪労災病院 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、消去していただくよう請求いたします。

利用停止を求める 患者情報	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	住 所		
利用停止等請求の対象 となる記録文書名、日付			
利用停止等請求の 内 容 ※どのような目的への利用停止等を 希望するか具体的にお書きください			
利用停止等請求の 理 由	<input type="checkbox"/> あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 <input type="checkbox"/> 当該個人情報不正な手段によって取得されたため <input type="checkbox"/> その他[] ※()内には○を、[]には他の理由をお書きください		

請 求 者

氏 名

患者との続柄

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)

院長	副院長	委員長	部長	主治医	受付	停止実施	停止可否

(大阪労災病院)