

情報に関する訂正・追加・削除請求書

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

私は、貴院が保有する個人情報について、下記のとおり
訂正・追加・削除(以下、訂正等)していただくよう請求いたします。

訂正等を求める 患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	住 所		
訂正等を希望 する内容等	訂正等希望箇所を特定 する記録文書名、日付		具体的な訂正等の内容 ※訂正請求は客観的事実に関する記録に限ります

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
記録等の訂正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	訂正実施	訂正可否