

個人情報に関する開示請求書

令和 年 月 日

富士宮市立病院長 様

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ 患者氏名	
	診察券番号	
	住 所	
	生 年 月 日	M・T・S・H・R . .
開示を希望する 記録等 (該当するものの 番号を○で囲む)		診 察 日 等
	1 外来カルテ	
	2 入院カルテ	
	3 レントゲン写真	
開 示 区 分	1 複写 2 閲覧	

請 求 者 氏 名 _____

(自 署) 患者との関係 _____

住 所 _____ ※

電話番号 _____

※請求者が代理人の場合は、「委任状」を併せて提出してください。

※請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所は記入する必要がありません。

受領者(請求者)署名	令和 年 月 日 (署 名)
------------	---------------------

※病院記入欄

請求者確認	1 運転免許証 2 健康保険証 3 その他 ()
	確認者
受領者確認 (請求者)	1 運転免許証 2 健康保険証 3 その他 ()
	確認者