

第12号様式(第23条関係)

開示に○します。

保有個人情報(開示・訂正・利用停止)請求書

地方独立行政法人 那覇市立病院
理事長 外間 浩 様

年 月 日

開示請求者が患者様本人の場合は、
本人欄だけの記入をお願いいたします。

住 所
(本人)氏 名
電話番号
住 所
(法定代理人等)氏 名
電話番号

開示請求者が患者様本人以外の場合は、
(本人)の欄には患者様本人についての
(法定代理人等)の欄に開示請求者につい
ての記入をお願いいたします。

那覇市個人情報保護条例第10条の規

開示にチェックします。

※赤太枠部分をご記入ください。

| | |
|----------------|---|
| 請求の区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止() |
| 請求に係る保有個人情報の内容 | どなたの(患者様の生年月日とお名前)、いつの、何についての文書を開示希望であるのか具体的に記入をお願いいたします。 (例) ・〇月〇日受診時のすべてのカルテの写し(紙での交付希望) ・〇年〇月〇日～〇年〇月〇日期间の〇〇科の入院カルテ・外来カルテ及び検査画像の写し(CDでの交付希望) |
| 訂正又は利用停止の内容 | ※こちらの欄は記入不要です。 |
| (開示請求の場合)開示の方法 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 聴取 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付(郵送希望: <input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない) |
| 備考 | ※こちらの欄は記入不要です。 |
| ※本人確認の書類名 | |
| ※法定代理人等確認の書類名 | |
| ※代理権確認の書類名 | |

どなたの(患者様の生年月日とお名前)、いつの、何についての文書を開示希望であるのか具体的に記入をお願いいたします。
(例)
・〇月〇日受診時のすべてのカルテの写し(紙での交付希望)
・〇年〇月〇日～〇年〇月〇日期间の〇〇科の入院カルテ・外来カルテ及び検査画像の写し(CDでの交付希望)

写しの交付にチェックをいれ、郵送希望の欄にもチェック入れます。
※郵送希望の場合は、郵送料は請求者負担になります。

- (注) 1 ※の欄は、記入しないでください。
2 請求者は、本人であることを証するものを提示してください。
3 法定代理人等申請の場合は、代理権を有することを証するもの及び本人と特別な関係があることを証するものを添付してください。
4 訂正を請求する場合は、保有個人情報が誤りであることを証する書類を添付してください