

書式 9 利用停止等請求書

**個人情報に関する利用停止等請求書**

年 月 日

(医療機関名)

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、消去をしていただくよう請求いたします。

利用停止等を 求める 患者情報	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住 所		
	生年月日		
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 等を希望するのが具体的に 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 その他( )		

請 求 者 氏 名 \_\_\_\_\_  
 患者との関係 \_\_\_\_\_  
 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) \_\_\_\_\_

受付	院長	医長	担当医		停止実施	停止可否