

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

富山市医師会健康管理センター 様

私は、貴センターが保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求いたします。
なお、個人情報開示の実費として、金 円 の請求を承諾いたします。

開示を希望する記録類 (該当するものを○で囲む)	種類	受診日・内容など
	1 健診結果	1、2については『個人情報開示範囲』 10については『その他の種類』 を必ずご記入下さい。
	2 問診情報	
	3 胸部 X 線写真	
	4 胃部 X 線写真	
	5 胸部スパイラルCT写真	
	6 マンモグラフィ写真	
	7 腹部超音波写真	
	8 心電図記録	
	9 脳検査結果説明	
	10 その他	

氏名(自署) _____ 印 _____

住 所 _____

電話番号 _____ / 生年月日 _____

※ 個人情報の受け取りは、当センター窓口までお越しいただきますようお願いいたします。あらかじめ来所される日時をご連絡ください。

また、ご本人と証明できる書類(免許証)などをご提出頂き、確認させていただきます。(その際写しをとらせていただきますのでご了承ください。)

なお、必ず写しを保管下さるようお願いいたします。

(委任状)

私 (請求者) _____ は、上記の個人情報開示について、
下記の者に委任いたします。

代理人氏名 _____ 印 _____

住 所 _____

電話番号 _____ / 受診者との関係 _____

※個人情報受け取りの際に、委任された方を証明できる書類(免許証)などをご提出頂き、確認させていただきます。(その際写しをとらせていただきますのでご了承ください。)

富山市医師会健康管理センター処理欄

受付者	所属長	管理責任者	受診日 (NO)	貸出 NO	開示日	本人確認	確認者
						免・保・他 ()	