

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

見本

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。

開示を受け ようとする 受診者	フリガナ	(姓)	(名)
	受診者氏名		
	住所		
	生年月日		
開示を希望	種類		受診日・内容など
受診されたご本人様にご記入ください			1.2.9については個人情報開示範囲を必ず ご記入下さい。
ものを○で 囲む)	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		
担当医・医療機関の住所・電話番号のご記入・捺印をお願いします			
	8 心電図記録		
	9 その他		

開示請求者

氏名	印
受診者との関係	
住所	
電話番号	

(本人同意書)

私は、上記の通り、(請求者) _____ に対して、貴センターが
保有する私の個人情報などが開示されることに同意いたします。

受診者本人 (自署) _____ 印

富山市医師会健康管理センター処理欄

受付	副所長			開示実施日	費用徴収

※必ず写しを保管下さるようお願いいたします。