

【個人情報に関する、開示請求・同意書 ③】

※個人情報の作成・準備に時間を要するため、あらかじめ来館される日時をご連絡いただき、当センター窓口までお越しください。

富山市医師会健康管理センター 所長 殿

年 月 日

貴センターが保有する私の個人情報を、下記の医療機関（担当医）
に開示することに同意します。

開示される本人が記入

※ご本人が受け取りに来る場合は、**ご本人が証明できる書類**（免許証等）をお持ちください。

フリガナ

氏名（自署）：

生年月日： 大・昭・平・令 年 月 日

住所：

電話番号：

開示を希望する記録（該当するものを付けてください）

☐	胸部 X線	☐	乳腺モグラフィ	☐	胃部 X線
☐	胸部 CT	☐	乳房 超音波	☐	胃部 内視鏡
☐	腹部 超音波	☐	脳 MRI	☐	心電図
☐	健診結果	☐	精密検査依頼書	☐	紹介状
☐	健診結果 再発行	☐		☐	

＜その他、受診日・詳細など＞

医療機関が記入

医療機関：

担当医：

電話番号：

富山市医師会健康管理センター記入欄

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・マ・他（ ）	

【個人情報に関する、開示請求・同意書 ③】

※個人情報の作成・準備に時間を要するため、あらかじめ来館される日時をご連絡いただき、当センター窓口までお越しください。

富山市医師会健康管理センター 所長 殿

年 月 日

貴センターが保有する私の個人情報を、下記の医療機関（担当医）
に開示することに同意します。

開示される本人が記入

※ご本人が受け取りに来る場合は、**ご本人が証明できる書類**（免許証等）をお持ちください。

フリガナ

氏名（自署）：

生年月日： 大・昭・平・令 年 月 日

住 所：

電話番号：

開示を希望する記録（該当するものに○をつけてください）

	胸部 X線		マンモグラフィー		胃部 X線
	胸部 CT		乳房 超音波		胃部 内視鏡
	腹部 超音波		脳 MRI		心電図
	健診結果		精密検査依頼書		紹介状
	健診結果 再発行				

<その他、受診日・詳細など>

医療機関が記入

医療機関：

担当医：

電話番号：

富山市医師会健康管理センター記入欄

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・マ・他（ ）	