

# 個人情報開示申請書

申請者	氏名		開示対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外
	本人以外	<input type="checkbox"/> 親族	<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 遺族
	住所			
	電話	( ) -		
	申請日	平成 年 月 日		
備考 (開示条件)	*親族・代理人の場合、法定代理人以外は、委任状が必要です *保護者の場合、開示対象者が意思能力に欠ける場合と未成年に限ります。 *遺族の場合は、配偶者・子及び父母の範囲です。			
<b>開示対象者</b>				
フリガナ 氏名		性別	男・女	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳	
<b>開示対象 (該当個所に✓印)</b>				
<input type="checkbox"/> 健診で取り扱う個人情報 (出張健診・施設健診・学校健診) <input type="checkbox"/> 外来保険診療で取り扱う個人情報 <input type="checkbox"/> 複十字シール運動で取り扱う個人情報 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>開示対象期間 (該当個所に✓印)</b>				
<input type="checkbox"/> 受診日 ( 年 月 日分) <input type="checkbox"/> 平成 年度分 <input type="checkbox"/> 平成 年度から平成 年度までの期間 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>開示方法 (該当個所に✓印)</b>				
<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付				
この書類を受付窓口に提出してください。				
* 閲覧及び写しの交付の際には、身分証を提示していただく場合があります。				

最終保管部門長	担当医	受付者	受付日
			年 月 日