

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

公益財団法人郡山市健康振興財団健康センター

所 長 様

私は、貴殿が保有する下記の個人情報を開示していただき、請求いたします。

	利用者氏名	
	住 所	
	生年月日	
開示を希望する 記録等 (該当するものを ○で囲む)		診察日・部位等
	1 診察記録のすべて 2 診察録 (カルテ) 3 検査記録・検査成績表 4 エックス線写真 5 画像 6 その他	

開示請求者 氏 名
、患者との関係
住 所
電話番号

(本人同意書)

私は、上記のとおり _____ に対して、貴医院が保有する
私の診察記録等が開示されることに同意します。

利用者本人 (自署) _____