

個人情報に関する利用停止等請求書

年 月 日

医療法人財団健康院 健康院クリニック 細井孝之 院長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、利用停止、第三者提供の停止または、消去をしていただくよう請求いたします。

利用停止等を求める対象者

フリガナ _____
氏名 _____
診察券番号 _____
住所 _____
生年月日 _____ 年 月 日

利用停止等請求の対象となる記録文書名、日付

利用停止等請求の内容(※どのような目的への利用停止等を希望するのか具体的にお書きください)

利用停止等請求の理由

- ()あらかじめ定められた利用目的を超えた利用
()当該個人情報が不正な手段によって取得されたため
()その他(_____)

請求者

氏 名 _____
対象者との関係 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

受付(印) 院長(印) 停止実施(印) 停止可否(印)