

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年 月 日

虎の門病院 院長 殿

私は、貴院が保有する個人情報について、下記のと通りの訂正・追加・削除（以下、訂正等）を請求いたします。

訂正等を希望する患者氏名等	フリガナ	
	患者氏名	
	I D 番号	
	住 所	
	生 年 月 日	
	訂正等の希望箇所を特定する 記録文書名、日付	訂正等の具体的内容 ※訂正請求は客観的事実に限ります

請求者 氏 名 印
(自署) 患者との関係
住 所
電話番号 (連絡先)

あなた（請求者）は次のどれに該当しますか。1つ選んで下さい。

- 患者本人。
- 患者が未成年者である場合に、その親権者又は未成年後見人。
- 患者が精神障害者である場合に、その保護者。→診断書を添えて下さい。
- 患者本人が選任した弁護士。→代理人選任書を添えて下さい。
- 患者が開示請求を請求する意志能力を欠く場合、患者の配偶者又は直系血族が選任した弁護士。→代理人選任書を添えて下さい。
- 患者が死亡した場合に、患者の配偶者、子、親、及びその他の法定相続人。
- 患者が死亡しかつ患者の配偶者、子、親、その他の法定相続人が成年被後見人である場合に、その成年後見人。
- 以上のいずれにも該当しない。