

個人情報開示請求書

令和 年 月 日

日本大学医学部附属板橋病院長 殿

〒 ー  
住 所 \_\_\_\_\_

請求者 ふり氏 がな名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

個人情報保護条例第13条の規定により、次のとおり自己情報の開示を請求します。

患者様氏名 <small>ふり</small> <small>がな</small>	患者様との続柄	
生 年 月 日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日	
住 所 ・ 連 絡 先	〒 ー 電話番号 ( )	
病 歴 番 号	No ー	
開示請求をする自己情報の名称又は内容	【できるだけ具体的に記入してください】	
開 示 の 方 法	<input type="checkbox"/> 写しの交付	
法 定 代 理 人 が 開示請求をする場合	患者様との関係	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年後見人
	患者様本人が開示請求できない理由	

(注1) のある欄は、該当する内にレ印を記入してください。

(注2) 請求の際は、請求者自身であることを証明するために必要な書類（運転免許証等）を提出または提示ください。

(注3) 法定代理人による請求の際は、上記書類のほか、法定代理人であることを証明する書類（戸籍謄本等）を提出ください。

【事務処理欄】 この欄には記入しないでください。

受付印	担当者印	受 付 番 号	ー
		決 定 期 限	令和 年 月 日
		担 当 課	課 内線 ( )
		備 考	
本人または法定代理人確認書類	請求者の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	法定代理人の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> その他 ( )	