

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年 月 日

医療法人財団 県南病院 理事長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、下記のとおり訂正・追加・削除（以下、訂正等）していただくよう請求いたします。

訂正等を求める患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日		
訂正等を希望する内容等	訂正等希望箇所を特定する 記録文書名、日付	具体的な訂正等の内容 訂正請求は客観的事実に関する記録に限ります	

開示請求者 氏 名 _____

患者との関係 _____

住 所 _____

電話番号 _____

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、
貴院が保有する私の診療記録等の訂正等請求に関する一切を委任いたします。

患者本人(自署) _____

受付	理事長	医院長	担当医		訂正実施	訂正可否