

個人データ 第三者提供停止申請書

医療法人八重瀬会 同仁病院 院長 殿

年 月 日

【申請者】氏名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

住 所

電話番号

下記の保有個人情報(診療記録等)の第三者提供の停止を申請します。

(フリガナ)			
患者氏名			患者ID
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
申請内容	提供先と思われる相手先名	提供日(推定):	
	提供された情報の内容	※具体的な情報の範囲(例:検査結果、紹介状控えなど)	
	停止を求める理由		

担当者記入欄

申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 健康保険証	
	<input type="checkbox"/> 公的証明書()				
患者との関係	<input type="checkbox"/> 未成年の親権者	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親族	<input type="checkbox"/> 遺族	<input type="checkbox"/> 代理人()
申請者資格確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他()	

(決裁欄)

院長	局長	部長	主治医	受付
同意・不同意	同意・不同意	同意・不同意	同意・不同意	
月 日 (自署または押印)				

【対応結果】 提供停止 調査中 却下(理由:) 处理日:

実施	月 日	郵送・手渡し	確認
費用	月 日	不要・受領・未収	確認

*個人情報保護委員会 承認/却下