

個人情報に関する苦情申出書

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

個人情報の取り扱いに関し、下記の通り苦情を申し出ます。

(フリガナ)		患者ID	
患者氏名			
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	
苦情・意見の内容	※対象となる申請の種類 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 第三者提供停止		

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	月 日	月 日	月 日	月 日
(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)

【最終対応日】 年 月 日 【結果】

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