

# 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
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
(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)

受 付
月 日
(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