

様式第 3 号

個人情報開示請求書

年 月 日

伊丹市病院事業管理者 様

請 求 者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

伊丹市個人情報保護条例第 18 条第 1 項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示請求をします。

開示請求に係る保有個人情報が記録されている公文書の名称	診療記録	
請求する保有個人情報の内容	以下の該当する番号に○印を記入してください (1) 診療録 (6) 検査所見記録 (2) 処方箋 (7) エックス線写真 (3) 手術記録 (8) 診断書控 (4) 麻酔記録 (9) 診療情報提供書 (5) 看護記録 (10) 退院時要約	
希望する開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	
未成年者又は成年被後見人の法定代理人による請求の場合はその別	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人	
本人の氏名及び住所 (本人による請求の場合は記入不要)	氏 名	
	住 所	
	電話番号 ( _____ ) _____	

(注)

- 1 請求の際には、保有個人情報の本人であることを示す書類(運転免許証等)を提示し、又は提出してください。
- 2 法定代理人による請求の場合は、法定代理人に係るその資格を証明する書類(戸籍謄本等で 30 日以内に作成されたもの)を提示し、又は提出してください。

本人確認等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 法定代理人( _____ )	受付印
本人生年月日	年 月 日	
主 管 課	伊丹病院 事務局 医事課 担当 電話番号 ( 072 ) 777 — 3773	