

(様式 5)

—— 個人情報または試料に関する利用停止等請求書 ——

年 月 日

社会医療法人社団 カレスサッポロ 時計台記念病院 病院長 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報または試料について、利用停止、第三者提供の停止または、消去をしていただくよう請求いたします。

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| 利用停止等を希望する受療者氏名等                               | フリガナ  |                         |
|  | 氏 名   |                         |
|  | 生年月日  | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳) |
|  | 住 所   |                         |
|  | 電話番号  | ( ) —                   |
|  | ID 番号   |                         |
| 利用停止等請求の対象となる記録文書名・試料及び日付                      |   |                         |
| 利用停止等請求の内容<br>*どのような目的への利用停止等を希望するのか具体的に記載願います |   |                         |
| 利用停止等請求の理由                                     | ( ) あらかじめ定められた利用目的を超えた利用。<br>( ) 当該個人情報または試料が不正な手段によって取得されたため。<br>その他 ( ) |                         |

請求者 氏 名 印

(自 署) 患者との関係

住 所

電 話 番 号

\* 請求者が代理人の場合は、「委任状」を併せて提出して下さい

\* 請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要がありません