

保有個人情報の開示の実施方法等申出書

年 月 日

医療法人せいざん青山病院 病院長 殿

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所 _____

〒 _____ TEL () _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第87条第3項の規定に基づき、下記のとおり申出をします。

記

1 保有個人情報開示決定通知書の番号等

文書番号：

日 付：

2 求める開示の実施方法

開示請求に係る保有個人情報の名称等	実 施 の 方 法	
	(1) 閲覧	① 全部 ② 一部 ()
	(2) 複写したものの交付	① 全部 ② 一部 ()
	(3) その他 ()	① 全部 ② 一部 ()

3 開示の実施を希望する日

年 月 日 午前・午後

4 「写しの送付」の希望の有無

〔 有 : 同封する郵便切手等の額 円
無 〕

<本件連絡先>

住所：
担当者氏名
電 話：
F A X：
e-mail：