

カルテ等開示請求書

年 月 日

市立芦屋病院 病院長 あて

請 求 者

氏 名 _____

郵便番号 〒 _____

住所又は居所 _____

電話番号 (_____) _____

芦屋市個人情報保護条例第18条第1項及び、市立芦屋病院診療録等管理規定第11条の規定により、次のとおりカルテ等の開示請求をします。

請 求 の 内 容	
開 示 の 実 施 の 方 法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <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 (_____) _____
本 人 確 認 等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 法定代理人 (_____)
本 人 生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
所 管 課	市立芦屋病院 事務局 医事課 電話 (0797) 31-2156

備考

- 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1の書類に加え、その資格を証明する書類（戸籍謄本等）を提示し、又は提出してください。
- 3 「消せるボールペン」など訂正が容易に出来る筆記用具は使用しないでください。