

様式第 1 号

受付番号： \_\_\_\_\_

## 個人情報開示請求書

令和 年 月 日

光武内科循環器科病院  
院長 空閑 毅 殿

貴院にて保管されている、私の個人情報の開示を申請いたします。

開示記録の氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

住所： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

請求者（自著）※代理の場合は代理人選任届けも提出のこと

氏 名：  
患者との関係：  
住 所：  
電話番号：

院内使用欄

開示対象記録

---

本人確認			確認者サイン
免許証	保険証	その他	