

個人情報に関する開示請求書

令和 年 月 日

佐賀県健康づくり財団 理事長殿

開示請求者 氏名 _____ ④

住所 〒 _____

電話 () _____

市町名・事業所名 _____

私は、貴財団の規程に基づき、下記の個人情報について開示することを請求します。

開示請求する受診者	フリガナ	(姓)	(名)
	受診者名		
	住所	〒	
	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)	
開示請求する書類等 ※1	請求内容	<input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> 医用画像 (X線、超音波など) <input type="checkbox"/> 診療録 (カルテ) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	受診日	H・R 年 月 日	
受け渡し方法	<input type="checkbox"/> 来 所 <input type="checkbox"/> 郵 送 <input type="checkbox"/> その他 ()		

●開示請求者が受診者本人でない場合、下記の委任状に必要事項をご記入ください。

委 任 状

私 (自署) _____ ④ は、 _____ に対して
私の個人情報(上記の※1)の請求手続きを委任します。

以下、財団記載欄 (開示請求者は下記欄に記入しないでください。)

請求受付日	令和 年 月 日 ()
開示実施日	令和 年 月 日 ()
本人確認方法 注1、2	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート写 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 印鑑証明 <input type="checkbox"/> その他 ()

注1：名前、生年月日、住所、電話番号等で本人確認すること (委任者の場合は委任者分)
注2：身分証明書の写しを本申請書に添付すること (同上)

理事長	担当理事	局長	部長	課長	課長補佐	主任

開示対応者	料金徴収
	_____ 円

※2 財団規程等により開示請求をお断りすることがありますので、ご了承ください。