

開示等請求書

医療法人社団清靖会 PFC HOSPITAL

個人情報相談窓口責任者 殿

私の個人情報の取り扱いについて、以下の通り請求します。

請求日: 令和 年 月 日

対象となる本人 (登録内容)	氏名	印	電話
	Email		
	住所		
代理人	氏名		電話
	Email		
	住所		

請求事項	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 内容の訂正 <input type="checkbox"/> 追加または削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止
請求理由 ※削除及び利用の 停止の場合は記入 不要	