

## 個人情報の訂正・追加・削除・利用停止・第三者への提供停止申請書

石川県済生会金沢病院長 殿

年 月 日

対象患者	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒           —
	電話番号	

申請者 (患者本人の場合は 記入不要)	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒           —
	電話番号	
	続 柄	

申請内容 (□にレ点を記入)	<input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 第三者への提供停止
具体的な申請内容	

上記のとおり、申請します。

[注] 申請者が患者本人の場合は、委任状の記入は不要です。

-----  
( 委任状 )

私は、上記の申請者を代理人と定め、当該申請に関する一切の権限を委任いたします。

患者本人 (自署) \_\_\_\_\_