

様式第2号（第5条関係）

（表面）

保有個人情報開示請求書

令和 年 月 日

（実施機関）

小樽市立病院

郵便番号 —

住 所

請求者

氏 名

電話番号 — —

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

保有個人情報 が記録されて いる公文書の 名称又は内 容	診療記録（詳細は別紙「診療記録開示請求希望届出書」参照）	
希望する開示 の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送希望）	
本人の住所及 び氏名（代 理人請求の 場合）	住所	電話番号 — —
	氏名	
請求者の区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人（ <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人） <input type="checkbox"/> 本人の委任による代理人	
窓口で開示を 希望する日	<input type="checkbox"/> 市の担当者から開示決定の連絡を受けた際に伝える日 <input type="checkbox"/> 保有個人情報開示実施方法等申出書に記載する日	
備 考		受付印

- 注 1 該当する□欄にレ印を記入し、又は□欄を■としてください。
- 2 開示請求に際しては、本人又は代理人自身であることを証明する書類などを提示し、又は提出してください。
- 3 代理人による開示請求の場合は、戸籍謄本、委任状（実印を押印し、印鑑登録証明書の添付があるもの）など、その資格を証明する書類（30日以内に作成されたもの）を提示し、又は提出してください。
- 4 裏面は、記入しないでください。

(裏面)

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
資格確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 (印鑑登録証明書付き) <input type="checkbox"/> その他 ()
所管課	電話番号 — — (内線)
備考	