

個人情報開示請求書

精療クリニック小林 情報管理係 御中

お問い合わせご本人の氏名・住所・連絡先などをご記入ください。

ふりがな		受診時が旧姓の場合下記に記入
氏名		
生年月日	年 月 日	
ふりがな		
現住所 〒		
電話番号	連絡が取れる時間帯	

必要な個人情報とその範囲、利用目的などをご記入下さい。

必要な個人情報（例えば、初診日・病名・通院した回数 など分かりやすく記載ください。）

- ご本人であることを証明する写真付きの証明書を必ずご持参下さい。（コピー不可）
→マイナンバーカード・運転免許証等（顔写真付きの証明書）

※ 郵送する場合は必ず**郵便簡易書留**で送付してください。（普通郵便や宅急便などは不可）

※ 身分証明書は2種類の本人証のコピーが必要です。

ただし、1つは必ず顔写真付きの本人証をご送付ください。

- 書類を郵送での返送希望の方は下記どちらかにチェックして下さい。
 レターパックライト（370円） レターパックプラス（520円）
※チェックがない場合はレターパックライトで送ります。

レターパックライトは郵便受け投函です。投函した時点で配達完了となります。

レターパックプラスは郵便局員が手渡しで届け、受領印や署名をして受け取ります。

また、速達扱いになるのでレターパックプラスの方が早く届きます。