

個人情報開示請求書（代理人請求用）

精療クリニック小林 情報管理係 御中

患者ご本人の氏名・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は下記に記入
氏名		
生年月日	年 月 日	
ふりがな		
現住所 〒		

代理人の情報をご記入下さい。

ふりがな		患者ご本人とのご関係
氏名		
(法人名称)		
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。）
--

- 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。

※※ 下記 3 点を必ずご持参下さい。

- ご本人（患者）の**写真付き証明書原本**を 1 種類。（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）
- 本人直筆の委任状（委任者(先)名・委任日付・委任範囲・依頼人自署・印）
- ご本人（代理人）の**写真付き証明書原本**を 1 種類。（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）

※郵送で請求する場合は、証明書類は郵便簡易書留で送付して下さい。（普通郵便や宅急便は不可）
原本が難しい場合は上記証明書のコピーを 2 種類送付して下さい。