

開示等申出書

一般財団法人医療情報システム開発センター 御中

年 月 日

ご本人 (住所)
(氏名) (電話)

代理人 (住所)
(氏名) (電話)

私は、私が識別される開示対象個人情報について、下記の事項を請求します。

記

(該当欄に○をつける)

1. 利用目的の通知	
2. 開示	
3. 訂正等 A. 訂正 B. 追加 C. 削除	(内容)
4. 利用停止等 A. 利用の停止 B. 消去 C. 第三者への 提供の停止	
備 考	

保管期間 5 年