

【個人情報に関する、開示請求・同意書】

個人情報の作成・準備に時間を要するため、あらかじめ来館される日時をご連絡いただき、当センター窓口までお越しください。

年 月 日

富山市医師会健康管理センター 所長 殿

貴センターが保有する私の個人情報を、私自身が請求し、
下記の代理人に開示することに同意します。

開示される本人が記入

ご本人が受け取りに来る場合は、**ご本人が証明できる書類**(免許証等)をお持ちください。

フリガナ

氏名(自署):

生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日

住所

電話番号

ご本人様が記入

開示を希望する記録類 (該当するものをで囲んでください)	種類	受診日・内容など
	1 健診結果	
2 問診情報		
3 胸部X線写真		
4 胃部X線写真		
5 胸部CT写真		
6 マンモグラフィー写真		
7 腹部超音波写真		
8 心電図記録		
9 その他		

代理人が受け取る場合に記入

代理人が受け取る場合は、**開示される本人が証明できる書類**(免許証等のコピー可)と、**代理人本人が証明できる書類**(免許証等)をお持ちください。(代理人の書類は写しをとらせていただきますのでご了承ください)

フリガナ

代理人

本人との関係

住所

電話番号

代理人様が記入

富山市医師会健康管理センター記入欄

受付者	所属長	管理責任者	受診日(NO)	貸出NO	開示日	本人確認	確認者
						免・保・他()	

【個人情報に関する、開示請求・同意書】

個人情報の作成・準備に時間を要するため、あらかじめ来館される日時をご連絡いただき、当センター窓口までお越しください。

年 月 日

富山市医師会健康管理センター 所長 殿

貴センターが保有する私の個人情報を、私自身が請求し、
下記の代理人に開示することに同意します。

開示される本人が記入

ご本人が受け取りに来る場合は、**ご本人が証明できる書類**(免許証等)をお持ちください。

フリガナ

氏名(自署):

生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日

住 所 :

電話番号 :

	種類	受診日・内容など
開示を希望する記録類 (該当するものをで囲んでください)	1 健診結果	
	2 問診情報	
	3 胸部X線写真	
	4 胃部X線写真	
	5 胸部CT写真	
	6 マンモグラフィー写真	
	7 腹部超音波写真	
	8 心電図記録	
	9 その他	

代理人が受け取る場合に記入

代理人が受け取る場合は、**開示される本人が証明できる書類**(免許証等のコピー可)と、**代理人本人が証明できる書類**(免許証等)をお持ちください。(代理人の書類は写しをとらせていただきますのでご了承ください)

フリガナ

代理人 :

本人との関係 :

住 所 :

電話番号 :

富山市医師会健康管理センター記入欄

受付者	所属長	管理責任者	受診日(NO)	貸出NO	開示日	本人確認	確認者
						免・保・他()	