様式５－２（第20条関係）

申請　　年　　月　　日

姫路市医師会長　様

自 己 情 報 開 示 請 求 書

氏名
請求者　住所

電話番号

私は、貴会が保有する個人情報について、下記のとおり請求いたします。

記

請求対象となる情報の本人	フリガナ			
	氏名	印		
	住所			
	電話番号		生年月日	
請求者と本人との関係		本人　　代理人（間柄：　　）		
請求内容	開示方法	□書面の交付　　□データ（CD）での交付		
	情報の種類	□結果再発行　（　　） □診療録　（　　） □画像/検査データ　（　　） □その他　（　　）		
	期間	期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		

【以下、医師会記入欄】

本人確認書類	□運転免許証　□パスポート　□身体障害者手帳　□マイナンバーカード □その他（　　）
※請求者と本人が異なる場合 代理人確認書類	□運転免許証　□パスポート　□身体障害者手帳　□マイナンバーカード □その他（　　）
代理権確認書類	□戸籍謄本　　□委任状

【料金】 開示手数料　　円　　結果再発行　　円
コピー代　　円 ×　　枚 ＝　　円
CD代　　円 ×　　枚 ＝　　円　　合計　　円

会長	副会長			理事		局長	院長
					主管部長	主管課長	担当

副会長…個人情報保護管理者、　理事…部門管理者、　局長…統括事務管理者