

保有診療情報開示請求書

年 月 日

愛媛県公営企業管理者 様

ふりがな
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

請求者 住所又は居所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

〒

電話番号

次のとおり県立 病院が保有する診療情報の開示を請求します。

1 開示を請求する保有診療情報の内容（具体的に記入してください。）

2 求める開示の実施方法等（本欄の記入は任意です。）

(1)又は(2)に○印を付してください。(1)を選択した場合は、事務所（窓口）の場所並びに実施の方法及び希望日を記入してください。

(1) 事務所（窓口）における開示の実施を希望する。

<事務所（窓口）の場所> _____

<実施の方法> 閲覧

_____（これに引き続く写しの交付の希望の有無 有 無）

写しの交付

視聴

_____（これに引き続く写しの交付の希望の有無 有 無）

<実施の希望日> _____ 年 月 日

(2) 写しの送付を希望する。

