

個人情報開示請求書

株式会社シンプレ
シンプレ訪問看護ステーション 御中

私は、貴社が保有する私の個人情報について、その内容及び利用状況を確認するため、以下のとおり開示を請求いたします。

利用者氏名 (フルネーム)	フリガナ：
生年月日	西暦 年 月 日
利用者住所	
開示請求内容	<input type="checkbox"/> 訪問看護記録 <input type="checkbox"/> 訪問看護計画書
開示期間	年 月 日～ 年 月 日
開示請求にあたり、私は下記について理解しています。	
<p><開示請求にあたっての理解事項></p> <p>- 開示請求には本人確認のため、公的な身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、住民基本台帳カード等）の提示が必要です。</p> <p>- 原則として、ご本人様以外からの開示請求には対応いたしかねます。ただし、法定代理人や正当な理由がある場合には、別途必要書類を提出することで対応可能な場合があります。</p> <p>- 開示請求が受理されてから開示決定までに、開示委員会の審査を含め、3～4週間の期間を要する場合があります。</p> <p><注意事項></p> <p>以下のような場合には、個人情報の開示が制限または拒否されることがあります。</p> <ol style="list-style-type: none">第三者の権利・利益を不当に害する可能性がある場合。本人の心身の健康や安全に重大な影響を与える恐れがある場合。法令に基づき開示が認められない場合。 <p><費用></p> <p>○開示請求手数料 1件につき 5,500円（税込み）</p> <p>○看護記録の謄写（紙・白黒A4）1枚につき 55円（税込み）</p> <p>○看護記録の複写（CD-R、DVD-R）1枚につき 3,300円（税込み）</p>	

西暦 年 月 日

開示請求者：

印

(自著又は押印)

開示を希望する利用者様との関係：

送付先住所：

連絡先電話番号：