

平成 年 月 日

株式会社日本メディケートプラン 御中

利用目的通知請求書

貴薬局が保有する下記の個人情報の利用目的の通知を請求いたします。

開示を求める個人情報の対象者	フリガナ ご氏名 ご住所 〒 連絡先 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
開示を求める個人情報の種類	1. 処方せん 2. 調剤録 3. 薬剤服用歴 4. レセプト 5. 服薬情報提供書 6. 顧客データ 7. その他 ()
上記個人情報の開示を求める期間	
開示請求者	1. 本人 2. 代理人 フリガナ ご氏名 ご住所 〒 連絡先 本人との関係 ()
本人確認方法	1. 保険証 2. 免許証 3. パスポート 4. 代理人の証明書 (本人からの委任状等)

薬局処理欄 (こちらには何も記入しないでください)

開示の可否	保護管理者	代表取締役
1. 開示 2. 請求拒否 理由:		