

同意取消申出書

平成 年 月 日

東京都立大塚病院長 様

本人（患者） 氏名

住所

私は、私の個人情報下記のために利用されることに同意いたしかねます。つきましては、下記のとおり、利用を停止いただくよう申し出いたします。

記

1 同意を取り消す 利用目的	
2 利用を停止する 個人情報の項目	
3 利用を停止する 範囲	
4 利用を停止する にあたって考慮し てほしいこと	
5 備 考	

※担当課記入欄

申出者本人確認	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 ()
---------	---