様式第6号（第10条第2項関係）

**開示の実施方法等申出書**

　　年　　月　　日

　椎葉村福祉保健課　御中

　　　　　　　　　　　（ふりがな）

　　　　　　　　　　　氏　　　　名

　　　　　　　　　　　住所又は居所

　　　　　　　　　　　〒　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　）

　個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第29条第1項の規定に基づき、下記のとおり申し出をします。

記

１　開示決定通知書の番号等

　　文書番号：

　　日　　付：

２　求める開示の実施方法

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診　療　年　月 | 保険医療機関等名 | 実施の方法 |
| 　　年　月診療分 |  | １．窓口交付　２．郵送による交付 |
| 　　年　月診療分 |  | １．窓口交付　２．郵送による交付 |
| 　　年　月診療分 |  | １．窓口交付　２．郵送による交付 |
| 　　年　月診療分 |  | １．窓口交付　２．郵送による交付 |

３　窓口交付を希望される場合の交付日時・場所

　　日時：　　　　年　　月　 日　　午前・午後　　　時

　　場所：椎葉村役場　福祉保健課（椎葉村総合保健センター内）

　　　　 （住所　宮崎県東臼杵郡椎葉村大字下福良1762番地１）