

個人情報開示等請求書

平成 年 月 日

医療法人社団 れいめい会
個人情報保護対策室 行

請求人は、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、次の通り請求致します。

情報主体者	住所 〒 -	
	氏名 <small>フリガナ</small>	電話番号 () -
請求人 (上記と異なる場合)	住所 〒 -	
	氏名 <small>フリガナ</small>	電話番号 () -
提出書類 (同封のものにチェック)	請求者が本人の場合 <input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 住民票のコピー 請求人が代理人の場合 <input type="checkbox"/> 情報主体者の運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> 情報主体者のパスポートのコピー <input type="checkbox"/> 情報主体者の住民票のコピー <input type="checkbox"/> 請求人の運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> 請求人のパスポートのコピー <input type="checkbox"/> 請求人の住民票のコピー <input type="checkbox"/> 戸籍謄本のコピー <input type="checkbox"/> 扶養家族が記載された保険証のコピー <input type="checkbox"/> 個人情報開示等に関する委任状 保有個人情報の開示の場合 <input type="checkbox"/> 定額小為替(1,000円)	
請求の種類 (該当のものにチェック)	<input type="checkbox"/> 保有個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 保有個人情報の訂正 <input type="checkbox"/> 保有個人情報の利用停止 <input type="checkbox"/> 保有個人情報の消去	
請求理由		
請求内容 (できるだけ詳しくお書き下さい)		

※本請求書と提出書類一式を同封の上、簡易書留郵便にてご郵送下さい。
※ご提出頂いた書類につきましては、回答時に合わせて返還致します。