

開示等請求書

一般財団法人 杜の都産業保健会 お客様相談窓口 宛
私に関する下記事項の個人情報の開示を申し出致します。

作成日: 年 月 日

請求者	住所	〒	電話番号 (自宅・勤務先・携帯)
	ふりがな		
	氏名	印	
請求者区分	本人・法定代理人・任意代理人(弁護士の方は弁護士登録番号:)		

請求者が、法定代理人または任意代理人の場合は下欄をご記入下さい。

開示対象者	住所	〒	電話番号 (自宅・勤務先・携帯)
	ふりがな		
	氏名	印	
回答書面の送付先	代理人・開示対象者		

【希望する項目】

1 開示等の種類	
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	
2 開示等の項目	
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX 番号 <input type="checkbox"/> 会社名と部署名 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 利用目的 <input type="checkbox"/> その他()	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">訂正・追加・削除の場合(変更前)</div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">訂正・追加・削除の場合(変更後)</div>

【開示等対象個人情報を特定するための事項】

照合の際の参考にさせていただきますのでお分かりになる範囲で出来るだけ詳しくお書きください。
例: ○年○月○日 健診を受診した。

【本人確認の添付書類】 本人確認のための書類名を「開示等の手続きについてのご案内」からお選びいただき、ご記入下さい。

※運転免許証等本籍地が記載されている場合はお手数でも本籍地を見えないよう消してご提出ください。	本人確認の書類の処理方法 【返却・当会で破棄】
---	----------------------------

【利用目的】

本ご請求書及び添付いただいた書類に含まれる個人情報については、開示を要求されました事項の調査及びご回答など、本件請求に必要な範囲内のみ利用致します。

【ご注意】

本請求書への記入漏れ、添付書類の不備等がある場合には、開示できない場合がございます。あらかじめご了承下さい。

※こちらには記入しないでください

[弊社記入欄]

受付 No.	※確認書類名	確認	承認
日付		/ /	/ /
担当者			
受取日			
返答日			
	※可・不可		