

# 個人情報開示等請求書

医療法人社団 黎明会  
個人情報保護対策室 行

年 月 日

フリガナ  
請求人 氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 〒 \_\_\_\_\_  
連絡先 TEL・携帯 ( ) \_\_\_\_\_

請求人は、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、下記の通り請求致します。

記

## 1 開示等を請求する保有個人情報対象者

氏 名	フリガナ _____	請求人と保有個人情報対象者との関係
住 所	〒 _____	

## 2 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
------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

## 3 添付書類

請求人が本人の場合
<input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> マイナンバーカードのコピー <input type="checkbox"/> 住民票のコピー
請求人が代理人の場合
1の保有個人情報対象者の確認書類
<input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> マイナンバーカードのコピー <input type="checkbox"/> 住民票のコピー
請求人の確認書類
<input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> マイナンバーカードのコピー <input type="checkbox"/> 住民票のコピー
<input type="checkbox"/> 戸籍謄本のコピー <input type="checkbox"/> 請求人の法定代理権を示す書類のコピー

## 4 請求理由および請求内容 (できるだけ詳しくお書きください 別紙添付可)

--