

請求日 年 月 日

特定非営利活動法人医療ネットワーク支援センター
個人情報保護管理者 清水 能子 行き

開示等請求書

1. 開示等の請求内容

(請求内容で該当するものを○で囲んで下さい)

利用目的の通知・開示・訂正・追加・削除・利用の停止・消去・第三者への提供の停止

その他 ()

開示等を請求する個人情報について具体的に記載して下さい。

2. 開示等の対象となる本人様の情報

ふりがな

氏名 : _____ 印

ご住所 : _____

電話 : _____

開示等の請求には、本人確認書類が必要です。次のいずれかのコピーを添付して下さい。

1) 運転免許証 (両面) 2) 健康保険証 3) 年金手帳 4) パスポート

代理人による請求の場合は、以下もご記入下さい。

ふりがな

氏名 : _____ 印

ご住所 : _____

電話 : _____

代理人による請求の場合にも、本人確認書類が必要です。次のいずれかのコピーを添付して下さい。

1) 運転免許証 (両面) 2) 健康保険証 3) 年金手帳 4) パスポート

法定代理人からの請求の場合は、必ずしも本人の署名、押印は必要としません。

ただし、法定代理権があることを証明できる書類 (戸籍謄本のコピー、親権者の場合は扶養家族が記入された保険証のコピー) を添えてご請求願います。