

社会福祉法人やまて福祉会
個人情報保護管理責任者 行

記入日： 年 月 日

個人情報開示等申請書

下記の必要事項についてご記入をお願い致します。尚、太枠内は必須事項をなっておりますので記入漏れ等ございますとご請求に答えられない場合がありますので、ご記入漏れの無いようご注意ください。

請求の対象となるご本人様の情報（太枠内は全てご記入下さい）	
フリガナ	
氏名	印
住所	〒
生年月日	（西暦） 年 月 日
電話番号	
当法人との関係について	
本人確認の方法	<input type="checkbox"/> ご来訪 <input type="checkbox"/> 郵送
本人確認の書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 写真付き住民基本カード <input type="checkbox"/> 外国人登録証
結果の通知手段	<input type="checkbox"/> 来訪により「個人情報に関する回答書」を受取る <input type="checkbox"/> 郵送により「個人情報に関する回答書」を受取る
代理人様の情報（太枠内は全てご記入下さい）	
フリガナ	
氏名	印
住所	〒
生年月日	（西暦） 年 月 日
電話番号	
代理人確認の方法	<input type="checkbox"/> ご来訪 <input type="checkbox"/> 郵送
代理人確認の書類①	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 写真付き住民基本カード <input type="checkbox"/> 外国人登録証
代理人確認の書類②	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（下記に具体的にご記入下さい）

以下、今回の請求項目に当たるものについて番号、記号に○印を付け、太枠内への記入をお願いします。

1. 利用目的の通知請求・開示請求

A	利用目的の通知	対象となる個人情報	
B	開示	対象となる個人情報	

2. 訂正・追加・削除

*項目の欄には住所、氏名等の訂正・追加・削除が必要な項目を記入してください。

尚、記入欄が小さい等の理由で記載できない場合には別紙に記載してください。

	訂正項目	内容（訂正前）	内容（訂正前）
A 訂正			
B 追加	追加項目	追加内容	
C 削除	削除項目		

3. 個人情報の利用停止

*個人情報の利用停止理由を具体的にご記入下さい。

--

4. 個人情報の消去

*個人情報の消去理由を具体的にご記入下さい。

--

5. 第三者提供の停止

*個人情報の第三者提供理由を具体的にご記入下さい。

--