

年 月 日

個人情報開示等請求書

次の個人情報の利用目的等にご同意の上で、ご請求ください。

事業者: 公益財団法人岩手県対がん協会

個人情報保護管理者(管理部長): 個人情報問合せ窓口(管理部総務課〒028-3609 紫波郡矢巾町医大通二丁目1番6号)
(健康管理センター〒020-0834 盛岡市西仙北1-17-18)利用目的: 個人情報の開示等の請求にご回答するため / 第三者提供・委託: なし / 開示の区分: 開示対象 / 請求窓口: 個人情報
問合せ窓口(上記に同じ) / 任意性: 必須項目に記入のない場合に、ご回答できない場合あり / 取得方法: 本請求書により取得

請求区分	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 () <input type="checkbox"/> 訂正等(訂正、追加、項目削除) <input type="checkbox"/> 利用停止等(利用停止、提供停止)		
ご関係	<input type="checkbox"/> お取引先 <input type="checkbox"/> (元)従業者等 <input type="checkbox"/> その他()		
本人確認	ご本人様	代理人様* (代理人様によるご請求時のみ必要)	
ご住所	(〒) 電話番号 ()	(〒) 電話番号 ()	
ふりがな ご氏名	印	印	
確認方法	<input type="checkbox"/> 公的証明書の写しの同封 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <u>(※要配慮情報に該当する項目(都道府県以外の本籍地・保健医療関係の情報など)は、必ず見えないように黒塗りで塗りつぶしたうえでご提出下さい。)</u> <input type="checkbox"/> 弊社の保持情報による確認 <input type="checkbox"/> 会員番号 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 委任状(裏面) 代理人の場合 <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> 開示等の求めをすることにつき本人が委任した代理人 <input type="checkbox"/> 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実 に患者の世話をしている親族、及びこれに準じる者 (診療情報の開示) 本人と代理人 <input type="checkbox"/> 公的証明書の写しの同封 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <u>(※要配慮情報に該当する項目(都道府県以外の本籍地・保健医療関係の情報など)は、必ず見えないように黒塗りで塗りつぶしたうえでご提出下さい。)</u>	
訂正等の場合*	訂正前の個人情報*	訂正後の個人情報*	
訂 正 希 望 項 目	ご住所*	(〒)	(〒)
	ふりがな ご氏名*		
	電話番号*		
	メールアドレス*		
	その他*		

□: チェック(レ)を入れてください / *: 必要に応じてご記入ください (記号なし): 必須記入項目です

(代理人様によるご請求時のみ必要)

委任状

代理人住所:

代理人氏名:

私こと、上記の者を代理人と定め、個人情報の開示等請求の権限を委任いたします。

令和 年 月 日

委任者住所:

委任者氏名:

_____ 印