

20 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(事務局長):個人情報問合せ窓口(総務部総務課〒020-0834 盛岡市永井 14-46)、(健康管理センター管理業務課〒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"/> 〇〇サービス利用 <input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> メルマガ購読 <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>(※機微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"/> 名刺 2 枚の同封 <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) <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>(※機微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。

平成 年 月 日

委任者住所:

委任者氏名:

_____ 印