

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	
やまて福祉会との 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"/> 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"/> 外国人登録証
代理人確認の書類②	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 親権者を称する書類（戸籍抄本等） <input type="checkbox"/> 成年後見人に関する登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（下記に具体的にご記入下さい）

以下に今回の請求項目に該当する記号（A～E）に○印を付け、太枠内への記入をお願いします。
記載スペースが足りない場合には、任意の別紙をご利用ください。

1. 保有個人データの利用目的の通知請求・開示請求

A	対象となる 保有個人データ	
---	------------------	--

2. 保有個人データまたは第三者提供記録の開示請求

B	対象となる 保有個人データ	
---	------------------	--

☆☆上記の開示請求に該当する場合には、以下の項目についてもご記入ください☆☆

開示方法	
電磁的記録の提供の要否	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

3. 保有個人データの訂正・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。

	訂正項目	内容（訂正前）	内容（訂正前）
C 訂正			
D 追加	追加項目	追加内容	
E 削除	削除項目		

4. 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。

--