

個人情報 開示等請求書 (1 / 2)

記入日 年 月 日

公益財団法人新潟県保健衛生センター行

※ 下記事項について漏れのないようにご記入ください (太線内は必須事項です)。

 ご請求事項 (番号に○をつけてください)

1. 個人情報の開示 ⇒ ご住所を書いた返信用封筒 (84 円切手貼付) と 916 円分の切手を同封してください		
2. 利用目的の通知		
3. 個人情報の訂正	4. 個人情報の追加	5. 個人情報の削除
6. 個人情報の利用停止	7. 個人情報の提供停止	8. 個人情報の消去
【 上記の番号 3～8 の場合 】		
○処理完了通知を	1 1. 希望する	1 2. 希望しない
○処理完了通知の方法は	2 1. 郵送	2 2. FAX 2 3. 電子メール
※郵送で処理完了の通知をご希望の方は、住所を書いた返信用封筒に 84 円切手を貼付し同封してください。		

 ご本人に係る情報

ふりがな	
氏 名	印
ふりがな	
住 所	〒 -
電話番号	
所属組織	
メールアドレス	

 本人確認書類として「運転免許証の写し」をご提出ください。免許証のない方はご相談ください。 代理人の方は、次の項目をご記入のうえ、委任状をご提出ください。

本人と代理人の関係	
代理人確認書類	委任状 (「委任内容、委任理由、ご本人様の署名、押印、委任日付」を明記した文書、書式は問いません。)

個人情報 開示等請求書 (2 / 2)

※ 項目、内容、及び理由等は、氏名、住所、電話番号など具体的にご記入ください。

1. 2. 開示を希望する個人情報の項目、または利用目的の通知を希望する個人情報

--

3. 個人情報の訂正

訂正項目	内容 (訂正前)	内容 (訂正後)

4. 個人情報の追加

追加項目	追加内容

5. 個人情報の削除 (個人情報の一部削除)

削除項目

6. 7. 個人情報の利用 / 提供停止

理 由

8. 個人情報の消去 (個人情報すべての削除)

理 由

窓口対応責任者	受付者