

一般財団法人 公衆保健協会

個人情報保護管理責任者 殿

個人データの開示請求申請書

令和 年 月 日

保有個人データについて:原則は本人様以外の申請は認められません。

開示請求対象者の情報:

| | | | |
|--------|--|-------|--|
| 住 所: | | 氏 名: | |
| 生年月日: | | 性 別: | |
| 受 診 日: | | 受診場所: | |

事業主体者名:(個人受診の場合は記入不要です。)

住民検診の場合は自治体名: _____ 市・町・村

企業検診の場合は企業名: _____ 社・健保組合・共済組合

その他団体等の場合: (_____)

開示対象を希望される情報項目名:別添資料がある場合は、その旨ご記入願います。

開示手段の指定と送付先情報宛名:原則的開示方法は、配達証明付郵便とします。

郵便番号:

住 所:

宛 名:

手 段:

(ここに記入されたすべての個人データは、当開示請求に対する目的でのみ使用し、他の利用目的で使用することはありません。)

代理人等による申請の場合:

1. 本人申請の出来ない事由:
2. 代理人と本人との関係を証する公的書類:

申請者の方は記入しないでください。(一般財団法人 公衆保健協会 利用欄)

| 管理責任者承認 | 着信確認日 | 発送日 | 手続部門責任者 | 管理責任者指示事項 | 相談窓口責任者 |
|---------|-------|-----|---------|-----------|---------|
| | | | | | |