

# 個人情報開示等請求書（ご本人様用）

年 月 日

公益財団法人福島県保健衛生協会個人情報相談窓口担当 宛

以下の事項をご記入の上、本人確認書類を添付し来所（FAX、メール、郵送も可）をお願い致します。

## 【個人情報の利用目的】

ご記入いただきました個人情報は、本人からの利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止（以下、“開示等”という。）に関わる措置にのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。

## 【本人（代理人）確認書類】

裏面確認書類を参照し提出して下さい。

## 【個人情報取扱事業者名及び個人情報保護管理者】

公益財団法人福島県保健衛生協会 個人情報保護管理者 佐藤秀寿

## 【担当窓口】

公益財団法人福島県保健衛生協会個人情報相談窓口責任者 総務課長

TEL：024-546-0391

〒960-8550 福島市方木田字水戸内19-6

ご請求者	フリガナ 氏 名	( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人)
	連絡先電話	
	連絡先住所	〒 -
ご請求 内容	該当する□に チェックを入 れてください	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正 <input type="checkbox"/> 個人情報の追加・削除 <input type="checkbox"/> 個人情報の利用の停止 <input type="checkbox"/> 個人情報の消去・第三者提供の停止
	具体的内容	
ご本人確認書類		

## 本人(代理人)確認書類

開示等のご請求の際に、ご請求された方が、ご本人、または、代理人であることを確認するための書類を下記のとおり提出していただきます。

開示等対象者	開示等請求者	確認書類
15歳以上の方	本人	以下のいずれか1点(郵送、FAX、メール時には写し可) ① 運転免許証 ② 旅券(パスポート) ③ 健康保険証の被保険者証 ④ 外国人登録証明書または住民票
	任意代理人	・任意代理人に関する上記①～④のうち1点 ・委任状(開示対象者本人の印鑑証明書添付)
15歳未満の方	法定代理人 (親権者)	・法定代理人に関する上記①～④のうち1点 ・法定代理人の戸籍抄本
成年被後見人の方	法定代理人 (成年後見人)	・法定代理人に関する上記①～④のうち1点 ・法定代理人の成年後見登記事項証明書

※開示等請求者により、ご提出していただく書類が異なりますのでご注意ください

※FAX、郵送、メール

コピーを同封または添付し提出して下さい

## 事務手数料

### 1. 開示、利用目的通知の手数料

1件あたり 500円

不開示または利用目的通知不可となった場合も、事務手数料の返金はできませんのでご了承ください。

### 2. 訂正、追加、削除、利用停止、消去、第三者提供の停止の手数料

手数料なし