

保有個人情報開示請求書（特定個人情報開示請求書）

平成〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 殿

(ふりがな) 氏名 代理 次郎

住所又は居所 〒000-0000東京都千代田区〇〇〇〇-〇〇〇 〇 〇 〇 〇 〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第13条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

平成〇〇年〇〇月〇〇日に本人が申請人として〇〇部〇〇課に提出した〇〇申請書

2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに〇印を付してください。アを選択された場合は、その具体的な方法等を記載してください。

ア 事務所における開示の実施を希望する。
<実施の方法> 〇閲覧 〻写しの交付 〇その他（ ）
<実施の希望日>
イ 写しの送付を希望する。

3 本人確認等

ア 開示請求者 〇本人 〇法定代理人 〻任意代理人
イ 請求者本人確認書類 〻運転免許証 〇健康保険被保険者証 〇外国人登録証明書 〇個人番号カード又は住民基本台帳カード 〇その他（ ）
※ 請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写しを添付してください。
ウ 本人の状況等(法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。)
(ア) 本人の状況 〇未成年者(年 月 日生) 〇成年被後見人(ふりがな)
(イ) 本人の氏名
(ウ) 本人の住所又は居所
エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。
請求資格確認書類 〇戸籍謄本 〇登記事項証明書 〇その他()
オ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。
請求資格確認書類 〻委任状

*この欄は記載しないでください。

Table with 2 columns: 担当課, 備考