様式第１５号

保有個人情報の開示の実施方法等申出書

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構　理事長　殿

（ふりがな）
氏名

住所又は居所
〒　　TEL　　（　　）

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24条第３項の規定に基づき、下記のとおり申出をします。

記

１　保有個人情報開示決定通知書の番号等
文書番号：
日　　付：

２　求める開示の実施方法

開示請求に係る保有個人情報の名称等	種類・量	実施の方法	
		(１)閲覧	①全部 ②一部　（　　）
		(２)複写したものの交付	①全部 ②一部　（　　）

３　開示の実施を希望する日
年　　月　　日　午前・午後

４　「写しの送付」の希望の有無　（有　：同封する郵便切手等の額　　円／無）

＜連絡先＞
総務部総務課　情報公開担当窓口
電　話：03―3438―0211
ＦＡＸ：03―3438―9949
e-mail：