

保有個人情報の開示の実施方法等申出書

令和 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 (_____) _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第87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：令和 年 月 日

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
令和 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
F A X：03—3438—9949
e-mail：