

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) こじん たろう
氏名 個人 太郎住所又は居所
〒000-0000 東京都千代田区神谷1-2-3 TEL 03 (1234) 5678

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	
●●申請書	A4・3枚	(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

FAX：03-3438-9949

e-mail：