個人情報開示等請求書

西暦　　年　　月　　日

医療法人社団　れいめい会
個人情報保護対策室　行

請求人は、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、次の通り請求致します。

情報主体者	住所　〒　　－	
	氏名 フリガナ	電話番号 （　　）　　－
請求人 （上記と異なる場合）	住所　〒　　－	情報主体者との関係
	氏名 フリガナ	電話番号 （　　）　　－
提出書類 （同封のものにチェック）	請求者が本人の場合 □運転免許証のコピー　□パスポートのコピー　□住民票のコピー 請求人が代理人の場合 □情報主体者の運転免許証のコピー　□情報主体者のパスポートのコピー □情報主体者の住民票のコピー □請求人の運転免許証のコピー　□請求人のパスポートのコピー　□請求人の住民票のコピー □戸籍謄本のコピー　□扶養家族が記載された保険証のコピー □個人情報開示等に関する委任状 保有個人情報の開示もしくは訂正、利用停止、消去の場合 □定額小為替（開示の場合3,000円）（訂正、利用停止、消去の場合1,000円）	
請求の種類 （該当のものにチェック）	□保有個人情報の開示　　□保有個人情報の訂正 □保有個人情報の利用停止　　□保有個人情報の消去	
請求理由		
請求内容 （できるだけ詳しくお書き下さい）		

※本請求書と提出書類一式を同封の上、簡易書留郵便にてご郵送下さい。
※ご提出頂いた書類につきましては、回答時に合わせて返還致します。