

作成日 年 月 日

公益財団法人 友愛健康医学センター
個人情報問合せ窓口担当 行

【個人情報開示等請求書】

「開示等における個人情報の取扱について」に記載されている事項に同意し、以下のとおり請求します。

1. 本人(開示の対象者)による請求の場合

氏名	フリガナ
住所	〒
電話番号	— —
本人確認書類 (添付してください)	☐ 運転免許のコピー ☐ 住民票の写し
請求内容	☐ 利用目的の通知 ☐ 個人情報の開示 ☐ 第三者提供記録の開示 ☐ 内容の訂正、追加または削除 ☐ 利用の停止または消去 ☐ 第三者への提供の停止
請求の理由	
個人情報・第三者 提供記録の開示 方法(※)	☐ 電磁的記録の提供による方法 ☐ 書面の交付による方法 (※)ご希望の方法による開示に多額の費用を要する場合、その他の当該方法による開示が困難である場合には、書面の交付による方法で開示します。

2. 代理人による請求の場合

請求者本人の氏名	フリガナ
住所	〒
電話番号	— —
本人との関係	☐ 本人から委任された者 ☐ 法定代理人（親権者など）
本人確認書類 （添付してください）	☐ 運転免許のコピー ☐ 住民票の写し
代理人の氏名	
代理人の本人確認書類 （添付してください）	☐ 運転免許のコピー ☐ 住民票の写し
代理証明書類 （添付してください）	☐ 本人からの委任状 ☐ 法定代理人の場合：本人との関係を証明する書類（戸籍謄抄本、住民票写し）
請求内容	☐ 利用目的の通知 ☐ 個人情報の開示 ☐ 第三者提供記録の開示 ☐ 内容の訂正、追加または削除 ☐ 利用の停止または消去 ☐ 第三者への提供の停止
請求の理由	
個人情報・第三者提供記録の開示方法（※）	☐ 電磁的記録の提供による方法 ☐ 書面の交付による方法 （※）ご希望の方法による開示に多額の費用を要する場合、その他の当該方法による開示が困難である場合には、書面の交付による方法で開示します。

開示等における個人情報の取扱いについて

【事業者名】

公益財団法人 友愛健康医学センター

【利用目的】

お預かりした個人情報は、開示等への対応にのみ使用いたします。

【第三者提供について】

お預かりした個人情報を第三者に提供することはありません。

【委託について】

お預かりした個人情報を委託することはありません。

【情報のご提供について】

ご請求にあたり、当社への個人情報の提供は、すべて任意となっております。

ただし、当社が依頼する情報の提供がない場合、適正な開示等ができない場合があります。

【個人情報の返却について】

お預かりした個人情報は、開示等のお求めに対する対応が終了した後、1年間保存し、その後破棄させていただきます。

【郵送先】

郵送先: 〒939-2741 富山県富山市婦中町中名 1554 番地の 17

宛 先: 公益財団法人 友愛健康医学センター 個人情報保護管理者

【手数料について】

保有個人データの利用目的の通知、開示、第三者提供記録の開示に関しましては、1 請求ごとに 1,000 円(消費税別)の手数料をご負担いただきます。

必要書類を郵送される際に、1,100 円分の切手をご同封ください。

手数料が不足していた場合は、その旨をご連絡いたします。連絡後、1 週間を経過しても手数料をお支払いいただけない場合は、ご請求は無効とさせていただきます。

当社への郵送料ならびに公的証明書等発行手数料は、ご請求者様のご負担となります。

また、いかなる場合も手数料の返還は出来かねますので予めご了承下さい。