

個人情報開示等請求書

年 月 日

一般財団法人厚生労働統計協会  
個人情報保護管理責任者 宛

ご署名 \_\_\_\_\_ 印

個人情報の開示等を、下記の通り請求します。

開示等対象者	住所	〒
	氏名	ふりがな
電話番号		

開示等事項	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 内容の訂正
	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 利用の停止
	<input type="checkbox"/> 消去	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止	

開示等具体的 請求内容	
----------------	--

【(一財)厚生労働統計協会使用欄】

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 住民票
	<input type="checkbox"/> その他( )		

協会受付	日時: 年 月 日
	受付者:

具体的対応	
-------	--

承認欄	年 月 日		
	協会業務代表者	個人情報保護 管理者	部門責任者