

年 月 日

在宅医療支援機構株式会社
個人情報保護管理者 行

開示請求申込書

私は、個人情報保護法に基づき、開示等の請求（利用目的の通知、開示、訂正・追加・削除、利用・第三者提供の停止の請求をいいます。）をします。

請求人	(住所) 〒 -	
	(氏名) フリガナ	(TEL) () -
本人確認	<input type="checkbox"/> パスポート又は外国人登録書の写し <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証、年金手帳及び納税証明書（又は非課税証明書）の写し	
代理人 (代理人請求の場合に記入)	(住所) 〒 -	
	(氏名) フリガナ	(TEL) () -
請求対象	<input type="checkbox"/> 顧客情報 <input type="checkbox"/> 取引先情報 <input type="checkbox"/> 従業員情報 <input type="checkbox"/> 第三者提供記録 <input type="checkbox"/> その他 ()	
請求項目	<input type="checkbox"/> ①利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②開示 <input type="checkbox"/> ③訂正 <input type="checkbox"/> ④追加 <input type="checkbox"/> ⑤削除 <input type="checkbox"/> ⑥利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦消去 <input type="checkbox"/> ⑧第三者提供の停止	
手数料 (但し、①利用目的の通知又は②開示の場合のみ)	<input type="checkbox"/> 500円 (500円分の郵便定額小為替を同封ください。)	
請求理由 (但し、①利用目的の通知、②開示の場合は記入不要)	<input type="checkbox"/> ③訂正、④追加又は⑤削除の請求	<input type="checkbox"/> データが事実でない 事実と異なる箇所：() <input type="checkbox"/> 上記以外（できる限り具体的にご記入ください） ()

(※) ご提出いただいた開示請求申込書および確認のための必要書類によって当社がお預かりする個人情報は、個人データの特定、回答書の発送など、開示請求のお手続きにのみ利用いたします。当社でのお手続き開始後、ご提出いただいた書類の返却および手数料の返金には応じかねますのであらかじめご了承ください。

在宅医療支援機構株式会社

	<input type="checkbox"/> 個人情報の不正取得 不正取得の事情：（ ） <input type="checkbox"/> 同意のない要配慮個人情報の取得 要配慮個人情報取得の事情：（ ） <input type="checkbox"/> 目的外利用目的外利用の事情：（ ） <input type="checkbox"/> 本人の権利又は正当な利益が害されるおそれ 権利・利益が害される事情：（ ） <input type="checkbox"/> 上記以外（できる限り具体的にご記入ください） （ ）
	<input type="checkbox"/> 同意のない個人データの第三者提供 <input type="checkbox"/> 上記以外（できる限り具体的にご記入ください） （ ）
請求内容 （上記②開示、 ③訂正、④追加 又は⑤削除の場 合のみ記入）	②開示の請求 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 電磁的記録（PDF） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	③訂正の請求 (1) 訂正項目（ ） (2) 訂正内容 訂正前（ ） 訂正後（ ）
	④追加の請求 (1) 追加項目（ ） (2) 追加内容（ ）
	⑤削除の請求 (1) 削除項目（ ）

（※）ご提出いただいた開示請求申込書および確認のための必要書類によって当社がお預かりする個人情報は、個人データの特定、回答書の発送など、開示請求のお手続きにのみ利用いたします。当社でのお手続き開始後、ご提出いただいた書類の返却および手数料の返金には応じかねますのであらかじめご了承願います。