様式４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　年　　月　　日

個人情報の開示・訂正・削除等請求書

公益社団法人静岡県理学療法士会　事務局　宛

郵便番号〒

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　　　　　　　　　　　 （日中ご連絡のつく電話番号）

私は、個人情報の保護に関する法律に基づき、下記の通り保有の個人データの開示・訂正・削除等を請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求の内容 | 請求者 | □本人　　　　　　代理人（□法定代理人　　　　　　□任意代理人） | | | |
| ※旧氏名で請求される場合、旧氏名をご記入ください（　　　　　　　　） | | | |
| 請求区分 | □利用目的の通知　　□開示　　□訂正・追加・削除  □利用停止・消去・第三者提供停止 | | | |
| 開示請求　する個人　　データの  内容 | （その他を記載される場合は、名称・内容等をできる限り具体的に記載してください）  □氏名　　□自宅住所　　□自宅電話・FAX番号　　□携帯電話番号  □メールアドレス　　□生年月日・年齢　　□性別  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 訂正・削除等請求の  内容 | □訂正　　　　　　　　　□追加　　　　　　　　　□削除  『　　　　　　　　　　　　　』の情報に関して、以下の通り変更してください。 | | | |
|  | 旧内容 | 新内容 |  |
|  |  |
| □利用停止　　　　　　　□消去　　　　　　　　　□第三者提供停止  『　　　　　　　　　　　　　　　　　　　』の情報に関して処理してください。 | | | |
| 開示等請求確認書類 | 本人確認　書類 | □運転免許証　□健康保険被保険者証　□個人番号カード　□在留カード  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 代理人確認書類 | 法定代理人　　□戸籍謄本　　□成年後見登記事項証明書  任意代理人　　□委任状  ※上記に加えて、代理人ご本人の本人確認書類も同封してください。 | | | |
| 開示結果受取りについて | | ※郵送での開示となります。 | | | |
| 《公益社団法人静岡県理学療法士会処理欄》 | | | | | |
| 受付日/担当者 | | 受付日：　　　　年　　月　　日 | | 受付担当者： | |
| 対応日/担当者 | | 受付日：　　　　年　　月　　日 | | 対応担当者： | |