

個人情報開示・訂正等の請求書

下記に必要事項をご記入の上、本人確認等の必要書類を添付の上、個人情報開示等の請求窓口へご郵送ください。

貴法人が保有する私の個人情報について下記の事項を請求します。

記入日 西暦_____年__月__日

1. 本人情報の記入欄(太枠内をすべてご記入ください)

請求の種類 (該当にレ点)	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 *「削除」は個人情報の一部を対象とし削除 *「消去」は個人情報全部を削除
(ふりがな) 本人氏名	
本人住所	〒 -
電話番号	() - (日中連絡が可能な電話番号)
本人確認のための 添付書類	*「運転免許証」または「パスポート」のコピーを添付 *または次の中から2種類を添付 1.「健康保険証」のコピー 2.「年金手帳」のコピー 3.「住民票」の写し 4.「印鑑登録証明書」 5.「外国人登録証明書」のコピー *ただし、弊社社員の場合は「社員証」のコピーを添付で上記は不要

2. 請求者が代理人の場合の記入欄(全項目ご記入ください)

(ふりがな) 代理人氏名	
代理人住所	〒 -
電話番号	() - (日中連絡が可能な電話番号)
本人との関係 (該当に○)	1.親権者 2.成年後見人 3.委任による代理人
本人との関係を証明する書類	1.「戸籍謄本」 2.「成年後見登記事項証明書」 3.「委任状」 (請求者が親権者の場合 1、請求者が成年後見人の場合 2、請求者が委任による代理人の場合 3が必要)
代理人確認のための 添付書類	*「運転免許証」または「パスポート」のコピー1通を添付 *または次の中から2種類を添付 1.「健康保険証」のコピー 2.「年金手帳」のコピー 3.「住民票」の写し 4.「印鑑登録証明書」 5.「外国人登録証明書」のコピー

3. 個人情報開示等の請求先窓口

〒813-0062 福岡市東区松島5丁目20番26号

医療法人創健会 ヘルスポートクリニック 個人情報保護 苦情窓口責任者 宛

請求内容が、訂正、追加、削除、利用停止、消去、第三者提供の停止のいずれかの場合は、必ず2ページ目をご記入ください。

4. 請求処理内容の記入欄

2ページ目確認のため本人氏名をご記入ください。 本人氏名: _____
以下の請求の種類に該当する個所の太枠内に、処理内容をご記入ください。

4. 1 訂正

(訂正項目)	(訂正前の内容)	(訂正後の内容)

4. 2 追加

(追加項目)	(追加内容)

4. 3 削除

(削除項目)

--

4. 4 利用停止

(利用停止の理由)

--

4. 5 消去

(消去の理由)

--

4. 6 第三者提供の停止

(第三者提供の停止の理由)

--

ご記入ありがとうございました。本請求については、本人確認の後早急に処理させていただき、郵送にてご回答をいたします。なお添付いただきました書類はご返却いたします。