

# 個人データ開示・削除等に関する請求書

年 月 日

湘中央学園 臨床検査技術学科同窓会 行

「個人情報保護法」に基づき、湘中央学園 臨床検査技術学科同窓会が保有する個人情報について 次のとおり請求いたします。

請求人	フリガナ 氏 名	添付する本人確認書類(項目にチェック)
	住所 〒 -	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し
	電話 ( )	<input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 年金手帳の写し <input type="checkbox"/> 住民票(3ヶ月以内のもの)原本

代理人	フリガナ 氏 名	添付する本人確認書類(項目にチェック)
	住所 〒 -	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し
	電話 ( )	<input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 年金手帳の写し <input type="checkbox"/> 住民票(3ヶ月以内のもの)原本
代理権の確認書類(項目にチェック)		
<input type="checkbox"/> 法定代理人の場合 戸籍謄本, 審判書の写し		
<input type="checkbox"/> 任意代理人の場合 委任状(請求人の実印の捺印)および請求人の印鑑登録証明書		

請求内容・請求理由	<input type="checkbox"/> 個人データの開示(第三者請求) 請求理由 (同窓会開催等)
	<input type="checkbox"/> 個人データの利用停止 理由等を具体的にお書きください。
	<input type="checkbox"/> 個人データの第三者への提供停止 理由等を具体的にお書きください。
	<input type="checkbox"/> 個人データの削除 理由等を具体的にお書きください。