

「保有個人データ」利用目的通知請求書

平成 年 月 日

一般社団法人医療介護チェーン本部
個人情報お問合せ窓口 行

(請求人) 氏名 _____ 印
住所 〒 _____

電話 (_____) _____

私は、「個人情報の保護に関する法律」第24条第2項の規定に基づき、私に関する保有個人データの利用目的の通知を次のとおり請求する。

1. 一般社団法人医療介護チェーン本部との関係

2. 請求の範囲

- ① 利用目的の通知を求める項目

- ② 利用目的の通知を求める内容

添付書類

(注) 本人確認のために必要な次の書類(①と②の両方)を本請求書に添付してください。
添付いただく書類について、□にレ印をご記入ください。

- ① 「運転免許証」又は 「パスポート」の写し1通
- ② 「住民票」原本1通(発行後3か月以内のもの)

手数料

(注) 本件請求1件につき500円の手数料が必要となります。500円分の郵便切手を申請書・必要書類に同封していただくことにより、お支払いください。