

「保有個人データ」開示請求書

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25条第1項の規定に基づき、私に関する保有個人データの開示（私に関する保有個人データが存在しないときにその旨を知らせることを含む）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 開示を求める項目

 - ② 開示を求める内容

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円分の郵便切手を請求書・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。