

令和 年 月 日

気仙沼市医師会臨床検査センター 宛

個人情報開示及び訂正等請求書

開示等請求者 住所 _____
氏名 _____
電話 () _____

個人情報の保護に関する法律第二十八条一項及び第二十九条一項の規定により、以下の通り個人情報の開示等を請求します。

請求の内容	<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 訂正、追加、削除	<input type="checkbox"/> 消去
	<input type="checkbox"/> 利用停止	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止	
請求の理由			
訂正、追加、削除の内容 (訂正、追加、削除の場合)			
開示等請求者の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		
本人の氏名及び住所 (※1)	住所	〒 電話 ()	
	氏名		
通知方法 (※2)	<input type="checkbox"/> 直接	<input type="checkbox"/> 郵便	<input type="checkbox"/> FAX
	◆ FAXの場合	FAX	()

※1 本人確認の提出書類があります。(詳しくは裏面を参照ください。)

※2 開示等内容によっては、郵便及びFAXにより通知できない場合があります。

センター記入欄

本人確認書類

- 運転免許証 健康保険者証 写真付住民基本台帳カード
 パスポート 年金手帳 印鑑証明書
 個人番号カードまたは在留カード

①直接受付の場合

- a) 窓口において直接的に本人であることを証明できる運転免許証、健康保険の被保険者証、写真付住民基本台帳カード、パスポート、年金手帳、実印及び印鑑証明書（交付日より3ヶ月以内のもの）、個人番号カード又は在留カードのうちいずれか1つの提示をお願い致します。
- b) 代理人による請求の受付は、来館によるものとし、この場合には本人等及び代理人双方につき、a) による確認書類により本人確認をさせていただきます。また、代理人が弁護士の場合には、名刺・バッジを確認のうえ、登録番号を控えさせていただきます。
- c) 法定代理人の場合、請求者本人との続柄が証明できる住民票もしくはその他続柄を証明できるものの提示をお願い致します。
- d) 任意代理人の場合、本人の印鑑証明書（交付日より3ヶ月以内のもの）付きの「請求書」及び委任状の提出をお願い致します。

②郵送及びFAXによる受付の場合（代理人の場合は不可）

- a) 郵送の場合には、運転免許証又はパスポートの写しの他、「請求書」に実印の押印及び印鑑証明書（交付日より3ヶ月以内のもの）の送付をお願い致します。