

開示対象個人情報の開示等に関する請求書

平成 年 月 日

学校法人 福田学園 殿

氏名 _____ (ふりがな)

住所または居所 〒 _____

()

- 個人情報の保護に関する法律第 25 条に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示等を請求します。
 個人情報の保護に関する法律第 26 条に基づき、下記のとおり保有個人情報の訂正等を請求します。
 個人情報の保護に関する法律第 27 条に基づき、下記のとおり保有個人情報の利用停止等を請求します。

—記—

I. 開示/利用目的の通知

1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

--

2 求める開示の実施方法等

開示方法は原則写しの郵送となりますが、その他の方法をご希望（事業所における閲覧他）は下記にご記入ください。

--

3 手数料

開示請求手数料 (1件500円)	<input type="checkbox"/> 現金（窓口のみ） <input type="checkbox"/> 銀行・郵便振込（郵送のみ）※振込票のコピーを同封してください。	(受付印)
---------------------	---	-------

II. 訂正等

訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	平成 年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報	開示決定通知書の文書番号： _____ 日付： _____ 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等 _____
訂正請求の理由	(理由)： _____

III. 利用停止等

利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	平成 年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等	開示決定通知書の文書番号： _____ 日付： _____ 年 月 日 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報 _____
請求に係る理由	<input type="checkbox"/> 利用の停止、 <input type="checkbox"/> 消去、 <input type="checkbox"/> 提供の停止 (理由)： _____

IV. 本人確認等

開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他 ()
※ 請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写しを添付してください。
本人の状況等 (法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。) ・本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (_____ 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 ・本人の氏名 _____ (ふりがな) ・本人の住所または居所 _____
法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示または提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()