

(センター記入欄)

受付番号 ()
受付年月日 令和 年 月 日

令和 年 月 日

個人情報開示申請書

農協共済別府リハビリテーションセンター 御中

貴センターが保有している私の保有個人データにつき、その内容および利用目的を確認したく、以下のとおり請求します。

(注1) 太線の枠内のみご記入下さい。印鑑については、本人であることの証明を実印と印鑑証明によって証明する場合には、実印を押印して下さい。

(注2) 代理人によって請求される場合には、次の区分に応じて代理権を証する書類の提出をお願いします。

1 法定代理人の場合

請求者本人との続柄の証明できる住民票その他続柄を証明するもの

2 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)付きの請求書および委任状

(注3) 受付窓口においては、本人確認のための書類提示等をお願いします。

1. 開示申請者

氏名	フリガナ	開示対象者との関係	本人・親権者・後見人・代理人・その他 ()
	印		
住所	(〒 -)	連絡先電話番号	- -

2. 開示対象者 (開示申請者と同一の場合には氏名・住所・連絡先欄は同上と記入)

氏名	フリガナ	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 平成
	印		
住所	(〒 -)	連絡先電話番号	- -
(備考) 前住所または旧姓がある場合には、念のため本備考欄に記入して下さい。 前住所 ; 旧 姓 ;			

3. 開示を希望される保有個人データについて

※お求めに速やかに対応できるよう、対象となる貴殿に係る当センターの保有個人データを特定する事項につき、下記の所要事項をチェックするとともに必要の事項をご記入下さい（当組合から必要に応じ、対象となる保有個人データが特定できる事項についてご照会させていただく場合がありますので、よろしくご協力願います）。

1. 事業所

別府リハビリテーションセンター みょうばんクリニック

2. 事業別

社会福祉事業 診療事業 介護保険事業

3. サービス別

障害者支援施設「にじ」 障害者福祉サービス事業所「みのり」

障害者生活支援センター 病院 クリニック

通所リハビリテーション事業所「ふれあい」

通所リハビリテーション事業所「みょうばん」

通所リハビリテーション事業所「あおぞら」

訪問リハビリテーション事業

その他（ ）

4. 年度

（平成・令和 年度分）

5. その他（その他できるだけ対象が特定できる事項を、下欄に具体的にご記入下さい。）

以上