

# 個人情報等開示請求書

平成 年 月 日

〒781-6402

高知県安芸郡奈半利町乙 1670-2

一般社団法人なはりの郷

個人情報開示窓口 行

貴社における個人情報の有無、登録内容等について、必要書類を添えて、開示を請求いたします。

私が、請求、本人確認のために提出した書類に記載された個人情報を、貴社が個人情報開示への対応、本人確認のために利用することに同意いたします。

請求区分（チェックを付けて下さい）	
<input type="checkbox"/>	個人情報の内容
<input type="checkbox"/>	個人情報の訂正等
<input type="checkbox"/>	個人情報の利用目的
<input type="checkbox"/>	個人情報の利用停止

太線の枠内をすべてご記入ください。記入漏れがありますとご回答できない場合がございます。

請求者様	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所 (建物など)	〒 -
	電話番号	( ) -
	本人確認 書類等	※必ず、コピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 運転免許書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> その他



利用停止に係る区分	利用停止： <input type="checkbox"/> 目的外利用 <input type="checkbox"/> 不正手段による取得 <input type="checkbox"/> 第三者利用
	理由：
	消去： <input type="checkbox"/> 目的外利用 <input type="checkbox"/> 不正手段による取得 <input type="checkbox"/> 第三者利用
	理由：
	第三者提供： <input type="checkbox"/> 提供先または提供方法等の停止
	理由：

当社記入欄 ※この欄には記入しないでください。

受 付	受付No.：	受付日：
受付担当者		
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> その他	
対応担当者		
対応記録	対応日：                    年        月        日 備考：	
個人情報開示 回答日	回答日：                    年        月        日 本人確認書類返却： <input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> その他	
備考：		

受付No. :

平成 年 月 日

## 個人情報開示回答書

様

当社が保有する個人情報の中で、貴方が識別できる個人情報について回答いたします。

記

1. 当社に貴方の個人上は 登録されていません／登録されていました
2. 当社に登録されている貴方の個人情報は別添の資料または、下記の通りです。

当社は以下の理由により、貴方の個人情報を開示致しません。

開示しない個人情報

全部

一部 ( )

開示しない理由

ご本人様若しくは代理人様のお申し出によるもの

ご本人様若しくは第三者の生命・身体・財産・その他権利利益を害するおそれがあるため

当社の業務に著しい支障をおよぼすおそれがあるため

法令に違反するため 法令 ( )

その他 ( )

本件に関するお問合せ

一般社団法人 なはりの郷 個人情報保護管理室 メルアド