

## 保有個人情報開示請求書

平成 年 月 日

殿

(開示を請求する医療福祉介護施設または秋田県医師会の長)

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_

住所又は居所

〒

TEL ( ) \_\_\_\_\_

私は個人情報の保護に関する法律第25条の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

### 記

#### 1 開示を請求する保有個人情報（具体的に記載してください。）

--

#### 2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに○印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

ア 事務所における開示の実施を希望する。

<実施の方法>  閲覧  写しの交付  その他 ( )

<実施の希望日> 平成 年 月 日

イ 写しの送付を希望する。

#### 3 本人確認等

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
イ 請求者本人確認書類（請求者本人の氏名及び現住所の記載のあるもの） ご本人であることを確認できる公的証明書のコピー（運転免許証、パスポート、健康保険被保険者証、個人番号カード、住民基本台帳カード、住民票（3か月以内）、戸籍抄（謄）本、在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書のいずれか）を請求書とともに提示または提出してください。
ウ 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。） (ア) 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 (ふりがな) (イ) 本人の氏名 _____ (ウ) 本人の住所又は居所 _____
エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本（未成年者の場合） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書（成年被後見人の場合） <input type="checkbox"/> その他 ( )