PS35：第１版

個人情報の開示等請求書

令和　　年　　日　　月

一般財団法人神奈川県労働衛生福祉協会　殿

一般財団法人神奈川県労働衛生福祉協会に対し個人情報の開示等の求めをいたします。

お問合せ事項	□開示　□利用目的の通知　□訂正　□追加　□削除 □利用・提供の拒否　□その他（　　）
お名前：	
ご連絡先（住所）	
ご連絡先（電話）	
ご本人様確認資料	□運転免許証　□住民票の写し　□健康保健被保険者証
お問合せ個人情報とのご関係	□本人　□代理人
代理人様　お名前：	
代理人様　ご連絡先（住所）	
代理人様　ご連絡先（電話）	
本人様とのご関係	□　法定代理人　□委任による代理人
委任状	□　委任状および印鑑登録証明書　□その他（　　）
ご本人様確認資料	□運転免許証　□住民票の写し　□健康保健被保険者証
お問合せ対象個人情報 ※　お問合せ頂きました個人情報を正確に把握させていただくために、詳細にご説明ください。 ※	
お問合せ理由 ※　訂正内容や利用・提供停止理由等を詳細にご記入ください。	
具体的な問題や損害 ※　苦情の場合にご記入ください	

個人情報の扱いについて

私「　　」は、一般財団法人神奈川県労働衛生福祉協会の「個人情報の取扱いについて」に同意し、個人情報の開示請求に必要な書類を送ります。

当社記入欄

本人・代理人の確認	運転免許証　住民票の写し　健康保険証　その他（　　）
代理人資格の確認	戸籍謄本／抄本　住民票記載事項証明書　委任状　その他（　　）
受付担当者	受　付　：　　年　　月　　日　受付者：