

保有個人データ開示等請求書

年 月 日

学校法人大阪歯科大学 ●●【部署名】 御中

私は、本書をもって保有個人データ開示等請求を行い、本書に定める本人確認書類等及び手数料とともに、郵送にて提出します。

1 請求者

(1) 本人

氏名 _____ 印 _____ 住所 _____

(2) 代理人 (代理人請求の場合に記載。該当する□にレ印を記入してください。)

未成年者の法定代理人 成年被後見人の法定代理人 本人が委任した代理人

氏名 _____ 印 _____ 住所 _____

2 保有個人データの開示等の請求等に関する事項

(1) 保有個人データに関する請求の目的 (該当する□にレ印を記入してください。)

利用目的の通知 開示 内容の訂正、追加又は削除

利用の停止又は消去 第三者への提供の停止

(2) 請求の対象となる保有個人データの名称、内容、その他請求に係る保有個人データを特定するに足りる事項

※本人確認書類等

■本人請求の場合 本人確認書類

■代理人請求の場合 本人確認書類、代理人本人確認書類、及び代理権確認書類

(本人確認書類) 及び (代理人本人確認書類)

(注) 顔写真有りのものは 1 点、顔写真無しの場合は 2 点ご送付下さい。

運転免許証 パスポート 在留カード 特別永住者証明書 個人番号カード

健康保険被保険者証 年金手帳 その他官公庁発行書類 ()

(代理権確認書類)

未成年者の法定代理人 本人の戸籍抄本又は扶養家族が記入された保険証の写し

成年被後見人の法定代理人 後見登記等に関する法律第 10 条に規定する登記証明事項

本人が委任した代理人 実印で捺印した所定の委任状及び本人の印鑑登録証明書

※手数料

(注) 次の合計金額を現金書留にて郵送ください。本書及び本人確認書類を現金書留封筒に同封いただいて構いません。

合計 1,510 円 (利用目的の通知を除く請求の場合の事務手数料 1,000 円、本学からの返送のための郵便料金 510 円)

以上

(大阪歯科大学記入欄)

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当者 _____

※この様式をもって大阪歯科大学附属病院の診療録等の開示請求を行うことはできません。