

開 示 等 請 求 書

一般社団法人 千葉衛生福祉協会
代表理事 石渡 靖彦 宛

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日 男・女

自宅電話 _____ - _____

私本人の保有個人データについて、次の事を請求します。

請求年月日 平成 _____年 _____月 _____日

請求項目

- | <input type="checkbox"/> | 開 示 | 内 容 |
|--------------------------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 訂 正 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 追 加 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 削 除 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 利用停止 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 消 去 | _____ |

請求項目に関する診療実施日	平成	_____	年	_____	月	_____	日
又は健康診断実施日	平成	_____	年	_____	月	_____	日
又は検査実施日	平成	_____	年	_____	月	_____	日

勤務先名 _____

// 住所 _____

// 電話 _____ - _____