

# 開示等請求書

平成 年 月 日

有限会社山口臨床検査センター 個人情報相談窓口

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_

いずれかにチェックをお入れください。

- 開示対象個人情報の利用目的の通知を請求します。
- 開示対象個人情報の開示を請求します。
- 開示対象個人情報の訂正、追加又は削除を請求します。
- 開示対象個人情報の利用の停止、消去又は第三者への提供の停止を請求します。

—記—

## I. 理由の記載

- 1 開示対象個人情報の利用目的の通知、開示、訂正、追加又は削除、利用の停止、消去又は第三者への提供の停止(開示等という)を請求する個人情報(具体的に特定願います)

- 2 開示等の実施方法は、以下に記述された住所への送付となります。

郵便番号

住 所

電話番号

## 3 手数料

開示対象個人情報の利用目的の通知及び開示の請求については手数料のお支払案内を送付させていただきますので、お振込みをお願いいたします。金額は1件(1名)につき¥1,000です。なお、お支払いの際の振込手数料は、ご請求者様負担でお願いいたします。

## II. 本人・代理人確認

本人の場合

運転免許証(本籍を黒く塗りつぶして下さい)、健康保険証、住民票のいずれかの写し1通を開示等請求書と共に、送付願います。

開示等のご請求をされる方が未成年者または成年被後見人の法定代理人もしくは本人が委任した代理人である場合は、上記の書類に加え、下記の書類を同封ください。

法定代理人の場合

- 法定代理権があることの確認書類(戸籍謄本(本籍は黒く塗りつぶして下さい)、親権者の場合は扶養家族が記入された保険証いずれかの写し)1通
- 法定代理人ご本人を確認するための書類(法定代理人の運転免許証(本籍は黒く塗りつぶして下さい)、健康保険証、住民票いずれかの写し)1通

委任による代理人の場合

- 委任状 1通
- 代理人ご本人であることを確認するための書類(代理人の運転免許証(本籍は黒く塗りつぶして下さい)、健康保険証、住民票いずれかの写し)1通

## III. 送付先

窓 口 名：有限会社山口臨床検査センター 個人情報相談窓口  
住 所：〒755-0026 山口県宇部市松山町3丁目1-25  
電話番号：0836-35-1617