

20 年 月 日

個人情報開示等請求書

次の個人情報の利用目的等にご同意の上で、ご請求ください。

事業者:一般財団法人杜の都産業保健会/個人情報保護管理者(代理):個人情報問合せ窓口担当〒980-0811
 仙台市青葉区一番町四丁目9-18TICビル5階/利用目的:個人情報の開示等の請求にご回答するため/第三者提供・委託:なし/開示の区分:開示対象/請求窓口:個人情報問合せ窓口(上記に同じ)/任意性:必須項目に記入のない場合、ご回答できない場合あり/取得方法:本請求書により取得

請求区分	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正等(訂正、追加、項目削除) <input type="checkbox"/> 利用停止等(利用停止、提供停止)	
ご関係	<input type="checkbox"/> 健診・診療サービス利用 <input type="checkbox"/> ストレスチェック利用 <input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> お取引先 <input type="checkbox"/> (元)従業者等 <input type="checkbox"/> その他()	
本人確認	ご本人様	代理人様* (代理人様によるご請求時のみ必要)
ご住所	(〒)	(〒)
ご氏名		
ふりがな		
確認方法	<input type="checkbox"/> 公的証明書の写しの同封 ⇒ <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <u>(※機微情報に該当する項目(都道府県以外の本籍地・保健医療関係の情報など)は、必ず見えないように黒塗りで塗りつぶしたうえでご提出下さい。)</u> <input type="checkbox"/> 名刺2枚の同封 <input type="checkbox"/> 弊社の保持情報による確認 ⇒ <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 委任状
訂正等の場合*	訂正前の個人情報*	訂正後の個人情報*
訂正希望項目	(〒)	(〒)
ご住所*		
ご氏名*		
ふりがな*		
電話番号*		
メールアドレス*		
その他*		

:チェック(レ)を入れてください / *:必要に応じてご記入ください (記号なし):必須記入項目です