

個人情報開示等請求書

年 月 日受付

I 開示等を求める本人の氏名等を記入してください。

I D : _____

氏 名	性別	生年月日

II 個人情報の開示等の請求について、該当する番号に○印を付けてください。

- 1 個人情報の利用目的の通知の請求（法第 27 条第 2 項）
- 2 個人情報の開示の請求（法第 28 条第 1 項）
- 3 個人情報の訂正、追加又は削除の請求（法第 29 条第 1 項）
- 4 個人情報の利用停止の請求（法第 30 条第 1 項、第 2 項）

III II の開示等の請求対象の種類について、該当する番号に○印を付けてください。

- 1 文書照会
- 2 画像
- 3 カルテ開示
- 4 その他

国家公務員共済組合連合会

大 手 前 病 院 長 殿

個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）に基づき、国家公務員共済組合連合会大手前病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____