

保有個人データ開示等請求書

一般社団法人北海道ヘルスケア・ロボット協会 事務局 御中

1 請求者（該当する□にはレ印を記入してください。）

<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人	住所 <hr/> 氏名
--	----------------

請求者が代理人の場合は本人の氏名・住所も記載してください。

住所
氏名

2 保有個人データの開示等の請求等に関する事項

請求の目的 （該当する□にはレ印を記入してください（複数可））	<input type="checkbox"/> 保有個人データの利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 保有個人データの開示 <input type="checkbox"/> 保有個人データの内容の訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 保有個人データの利用停止、消去 <input type="checkbox"/> 保有個人データの第三者提供の停止
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	
決定のご連絡の方法	「保有個人データ開示等決定通知書」又は「保有個人データ不開示等決定通知書」でご連絡いたします。

（会社使用欄）（ご請求者は記載しないでください。）

本人の本人確認書類（*）	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）
代理人による場合、代理人の本人確認書類（*）	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）
代理権の確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状+印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 扶養家族が記入された保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当者	(内線)
備考	

（*）顔写真なしのものは2点確認

年 月 日

保有個人データ 開示等請求書 委任状

一般社団法人北海道ヘルスケア・ロボット協会 事務局 御中

私（委任者）は以下の者を代理人と定め、御社が保有する、私（委任者）の保有個人データに関して以下の請求をいたします。

1 委任者（住所と氏名を記載した上、実印を押印してください。）

(住所)
ふりがな (氏名) ①

2 代理人（住所と氏名を記載してください。）

(住所)
ふりがな (氏名)

3 委任に関する事項（該当する□にはレ印を記入してください。複数可）

- 保有個人データの利用目的の通知
- 保有個人データの開示
- 保有個人データの内容の訂正・追加・削除
- 保有個人データの利用停止、消去
- 保有個人データの第三者提供の停止

*代理人の確認につきましては、本委任状のほか、下記の本人確認書類及び実印の印鑑登録証明書が必要になります。

（本人確認書類）

○顔写真付きの本人確認書類（運転免許証、パスポート、個人番号カード、在留カード、特別永住者証明書 等）・・・1点のみで可。

○顔写真のない本人確認書類（健康保険被保険者証、年金手帳等）・・・2点必要。