様式第２号

開示等申請書（代理人）

公益財団法人兵庫県予防医学協会 個人情報保護管理者 宛

申　請　日		年　　月　　日	
請求区分		開示　・　利用停止	
対象情報		（例：２０２２年実施の健康診断結果情報…等）	
申請者	氏名・性別	㊞	男性　・　女性
	生年月日・年齢	M・T・S・H　　年　　月　　日	歳
	住　　所	〒	
	TEL・FAX	TEL	FAX
	E-mail アドレス（お持ちの方のみ）	@	
	本人証明	運転免許書　・　パスポート　・　マイナンバーカード	

※ 代理人記載欄

代理人が必要な理由：

代理人	氏名・性別	㊞	男性　・　女性
	生年月日・年齢	M・T・S・H　　年　　月　　日	歳
	住　　所	〒	
	TEL・FAX	TEL	FAX
	E-mail アドレス（お持ちの方のみ）	@	
	本人証明	運転免許書　・　パスポート　・　マイナンバーカード	

◎　この申請書でお預かりしたお客さまの情報は、当協会が保有するお客さまの個人情報に対する開示、利用停止処理を行うためだけに利用致します。それ以外での利用や第三者提供等は一切致しません。

◎　利用停止は個人情報を消去することではありません。当協会が保有するお客さまの個人情報は法に定める期間を保有しなければなりません。

◎　訂正は、検査記録の改ざんに当たる可能性があるため、再検査をお受け頂きませんと行えません。

◎　本人証明書類として『保険証のコピー』を提出いただく場合は、被保険者記号・番号等をマスキングしてください。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊兵庫県予防医学協会　記載欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

個人情報保護管理者	受付部門責任者(部長)	受付者
年　月　日 印	年　月　日 印	年　月　日 印