様式第４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 ・訂正・ 利 用 停 止	
対 象 情 報 左記以外の情報に関する開示等の申請は様式２号となります。		対象の情報に〇をして下さい。 ・利用目的の通知 ・連絡先情報：自宅住所・自宅ＴＥＬ・その他（　　） ・名刺記載情報： 氏名、会社名、所属、役職、資格、会社ＴＥＬ、会社e-mail	
申請者	氏名・性別	印	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	運転免許証 ・ 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	印	男性 ・ 女性
	住所	〒	
	TEL・FAX	TEL	FAX
	E-mailアドレス（お持ちの方のみ）	@	
	本人証明	運転免許証 ・ 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。

◎　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