

個人情報開示申請書

ご請求日： 年 月 日

いずみ小林クリニック 院長 殿

貴院が保有する私の個人データについて、以下のとおり開示を申請します。

ご本人氏名	ふりがな	生年月日	性別
		・	男・女
現住所 〒	-		
電話番号	- -		
(ご本人確認のため、お電話する場合があります。日中ご連絡できる電話番号をご記入ください)			
開示を請求する個人データ (✓をお願いいたします)			
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 自宅住所 <input type="checkbox"/> 自宅電話番号			
<input type="checkbox"/> 電子メールアドレス <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 勤務先住所 <input type="checkbox"/> 勤務先電話番号			
<input type="checkbox"/> その他 (具体的にお書きください)			
当院からの回答の方法のご希望 (✓をお願いいたします)			
<input type="checkbox"/> 書面 (郵送) ※ <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> その他 ()			
※書面 (郵送) をご希望の場合、請求 1 件につき 600 円の手数料を申し受けますので、同額の切手または定額小為替証書をご郵送ください			
回答の送付先 (上記ご住所以外への郵送をご希望の場合は送付先住所を、電子メールをご希望の場合は送付先アドレスをご記入ください)			
ご本人確認書類 (以下の書類に✓をお願いいたします)			
A または B により、ご本人を確認させていただきます (コピーを同封してください)。			
A : 以下のいずれかの書類			
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード (表面に限る) <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート)			
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証・特別永住者証明書・在留カード			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
B : 以下のいずれか 2 つの書類			
<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 各種年金手帳			
<input type="checkbox"/> 住民票 (発行日より 3 か月以内のもの、かつ、個人番号の記載がないものに限る)			
<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 (発行日より 3 か月以内のもの)			
<input type="checkbox"/> その他 ()			

