

保有個人情報開示請求書

徳島県後期高齢者医療広域連合長 様

	請求者 氏名 住所 連絡先電話番号() — (法人その他の団体にあつては、その名称、事務所又は事務所の所在地及び代表者の氏名)
--	--

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第77条の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

開示請求に係る保有個人情報の具体的な内容	
希望する開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧，聴取又は視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧，聴取又は視聴及び写しの交付

※ 代理人又は遺族等が請求する場合は次の項目についても記入してください。

代理人又は遺族等による請求	本人の氏名	年 月 日生
	本人の住所(居所)	連絡先電話番号() —
	代理人の区分	<input type="checkbox"/> 法定代理人(<input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人) <input type="checkbox"/> 任意代理人
	遺族等の区分	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 2親等以内の血族(続柄) <input type="checkbox"/> 相続人(上記の配偶者及び2親等以内の血族を除く。)
	代理人が請求する理由	

