

保有個人情報訂正請求書

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() — |
|--|---------------------------------|

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第91条の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の訂正を請求します。

| | |
|----------------------|-----------------|
| 訂正請求に係る保有個人情報の具体的な内容 | (年 月 日 発第 号開示) |
| 訂正請求の趣旨及び理由 | |

※ 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 |
| | 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 | |

(注) 1 本人が請求する場合は、本人であることを示す書類(運転免許証, 旅券等)を提示し、又は提出してください。

2 代理人が請求する場合は、代理人自身の(注)1の書類に加え、法定代理人にあつては法定代理人の資格を証明するために必要な書類(戸籍謄本, 登記事項証明書等)を、法定

