

保有個人データ利用停止等申請書

年 月 日

一般社団法人 医療福祉検定協会
事務局 個人情報保護受付係

申請者

住 所

氏 名

印

電話番号

個人情報の保護に関する法律第 26 条第 1 項の規定により、次のとおり個人情報の開示を申請します。

ご本人の氏名	
利用停止の申出をする保有個人データの内容	
利用停止を求める理由	

代理人が申請する場合には、次の欄にも記入してください。下記ご本人欄には、委任者ご本人について記入してください。

代理人の区分	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任による代理人
ご本人	住 所
	氏 名
	電 話 番 号

備考

- 1 該当する□に、チェック印を記入してください。
- 2 利用停止の申出の個人情報の内容については、できるだけ具体的にご記入してください。
- 3 ご本人が申請する場合は、ご本人であることを証明できる書類をご提出してください。
 - ・運転免許証、パスポート、健康保険証のコピーのいずれか 1 通
 - ・印鑑証明書（開示等の求めの日より 3 ヶ月以内のもの） 1 通
- 5 代理人が申請する場合は、3 に加え、代理人であることを証明できる書類及び代理人本人であることを証明する（本文ご参照）書類をご提出してください。
- 6 開示申請の手数料 324 円の切手をご同封してください。