

開 示 請 求 書

平成 年 月 日

氏 名
住 所
TEL
連絡先 (連絡先が上記の本人以外の場合は、連絡担当者の住所・氏名・電話番号)

公益財団法人 SBS 静岡健康増進センターの保有する個人データの公開に関する規定に基づき、私
そのデータの本人であることを証明する書類を添えて、下記のとおり情報の開示を請求します。

記

1 請求する保有個人データの名称等

(請求する保有個人データが特定できるよう、できるだけ具体的に記載してください)

2 希望する開示の方法 (□に✓印をつけてください)

書面の郵送
 その他 (上記の方法が使えない場合に限りです)

()

〈開示請求手数料〉 1件につき500円

手数料 円

※ 以下の欄は記入しないでください。

	請求日	開示日	担当者	本人確認書類	備考 (その他実費)
処理欄					

内容訂正等請求書

平成 年 月 日

氏名
住所
TEL
連絡先 (連絡先が上記の本人以外の場合は、連絡担当者の住所・氏名・電話番号)

公益財団法人SBS静岡健康増進センターの保有する個人データの公開に関する規定に基づき、私の個人データの内容が間違っているため、下記のとおり情報の〔1 内容の訂正、追加 2 削除〕を請求します。(1または2をお選び下さい)

記

1 訂正、追加または削除する保有個人データの名称等

(請求する保有個人データが特定できるよう、できるだけ具体的に記載してください)

2 訂正、追加または削除の内容と理由

※ 以下の欄は記入しないでください。

処理欄				
通知方法〔郵便、電話、電子メール、その他()〕				
請求日	処理日	管理担当者	本人確認書類	備考

利用停止請求書

平成 年 月 日

氏 名

住 所

TEL

連絡先 (連絡先が上記の本人以外の場合は、連絡担当者の住所・氏名・電話番号)

公益財団法人SBS静岡健康増進センターの保有する個人データの公開に関する規定に基づき、私の個人データが、目的外の利用あるいは不正な手段による取得、又は私の同意なく第三者に提供されたため、下記のとおり情報の利用停止を請求します。

記

1 利用停止を請求する保有個人データの名称等

(請求する保有個人データが特定できるよう、できるだけ具体的に記載してください)

2 利用停止の理由 (□に✓印をつけてください)

- 目的外に利用されたため
- 不正な手段による取得のため
- 私の同意なく第三者に提供されたため

※ 以下の欄は記入しないでください。

処理欄

通知方法〔郵便、電話、電子メール、その他 () 〕

請求日	処理日	管理担当者	本人確認書類	備考