

## 保有個人情報利用停止請求書

年 月 日

様

請求者	氏 名 <small>(法定代理人が法人の場合にあつては、 法人の名称及び代表者の氏名)</small>	
	住 所 又 は 居 所 <small>(法定代理人が法人の場合にあつては、 主たる事務所の所在地)</small>	(〒            -            )
	連絡先 (電話番号)	-            -

長崎県病院企業団個人情報保護条例第 32 条第 1 項又は同条第 2 項において準用する同条例第 10 条第 2 項の規定により、次のとおり保有個人情報の利用停止を請求します。

利用停止請求に係る保有個人情報を特定するために必要な事項		
利用停止請求の趣旨及び理由		
法定代理人が利用停止請求をする場合の本人の状況	本人の氏名	
	本人の区分	<input type="checkbox"/> 未成年者 (生年月日            年            月            日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人
	本人の住所又は居所	(〒            -            ) (電話番号            -            )

- (注) 1 本人が請求する場合には、本人であることを証明する書類 (運転免許証、旅券等) を提出し、又は提示してください。  
 2 法定代理人が請求する場合には、法定代理人自身の 1 に掲げる書類のほか、法定代理人であることを証明する書類 (戸籍謄本、登記事項証明書等) を提出し、又は提示してください。  
 3 該当する  の中に  を付けてください。

**【担当機関記入欄】** 請求者は、記入しないでください。

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 (            )
請求資格確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 (            )
担当機関	(電話番号            -            (内線)            )
備考	