様式第２号（第３条関係）

保有個人情報開示請求書

年　　月　　日

様

請求者	氏　　名 （法定代理人が法人の場合にあっては、法人の名称及び代表者の氏名）	
	住所又は居所 （法定代理人が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地）	（〒　　－　　）
	連絡先（電話番号）	－　　－

長崎県病院企業団個人情報保護条例第10条第１項又は第２項の規定により、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を特定するために必要な事項		
求める開示の実施の方法	１　文書又は図画の場合 □閲覧　　□写しの交付 ２　電磁的記録の場合 □用紙等に出力したものの閲覧　□用紙等に出力したものの交付 □専用機器による閲覧　□視聴　□聴取　□複写したテープ・ディスクの交付 ３　交付の方法 □窓口での交付　　□郵送による交付 ※　電磁的記録については、技術的な事情により希望した方法による開示を実施することができないことがあります。	
法定代理人が開示請求をする場合の本人の状況	本人の氏名	
	本人の区分	□未成年者（生年月日　　年　　月　　日生） □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□の中にレ印を付けてください。

【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	□運転免許証　□旅券　□その他（　　）
請求資格確認書類	□戸籍謄本　□登記事項証明書　□その他（　　）
担当機関	（電話番号　　－　　－　　（内線）　　）
備　　考	