

ご請求日 年 月 日

神奈川県精神保健福祉士協会 保有個人データ開示請求書

下記の必要事項をご記入いただき、必要書類(下記ご参照ください)ならびに500円分の切手を貼った返信用封筒を同封のうえ当協会事務局にご郵送ください。
(郵送料は請求者の負担になります)。

送付先 〒221-0826 神奈川県横浜市港南区芹が谷 2-5-2 神奈川県精神保健福祉センター内

請求の対象者(ご本人)			
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号	ー ー		
旧姓 旧住所	当協会でお預かりしている情報が上記と異なることが考えられる場合にご記入ください。		

開示請求内容

開示請求の理由

申込者(ご本人からの請求の場合はご本人)の確認書類
下記1点のコピー(印鑑登録証明書については市区町村が発行した写し自体)。ただし、その中に住所の記載(官公庁によるもの)がない場合は、あわせて住民票または外国人登録原票の写し(ご請求の前3ヵ月以内に発行されたもの)を添付下さい。
運転免許証・パスポート・健康保険証・写真つき住民基本台帳カード・年金手帳・障がい者手帳・外国人登録証明書・印鑑登録証明

☆当協会保有個人データ開示請求書の取扱い

開示の請求で取得した個人情報については、開示の求めに必要な範囲のみで使用いたします。

また、開示の求めに対する回答が終了した後、3ヶ月間保管したうえで廃棄させていただきます。

☆開示ができない事を決定した場合は、理由を付して通知いたします。

ご注意

この保有個人データ開示請求書は郵送のみの受付となります。協会事務局での手渡しやメール、FAX等での受付は致しかねますので、予めご了承ください。