

## 個人情報開示等請求書

下記枠内に必要事項をご記入ください。

		請求日	年	月	日
請求者区分	ふりがな				
<input type="checkbox"/> 会員  <input type="checkbox"/> 一般	氏名	印			
	住所	〒			
	電話番号	( )			
代理人区分	ふりがな				
<input type="checkbox"/> 会員  <input type="checkbox"/> 一般	代理人氏名	印			
	代理人住所	〒			
	代理人電話番号	( )			

請求内容区分
いずれか一つに <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知※ <input type="checkbox"/> 訂正（変更・追加・削除） <input type="checkbox"/> 開示※ <input type="checkbox"/> 利用停止・消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供停止 ※「利用目的の通知」及び「開示」の請求には手数料が必要です。
開示方法のご希望
いずれか一つに <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 事務局窓口での閲覧 <input type="checkbox"/> 事務局窓口での写しの交付 <input type="checkbox"/> 郵送（配達証明）
請求に関わる個人データの内容
※請求をしようとする個人データが特定できるよう、具体的に記入してください。
請求の理由または訂正内容もしくは利用停止の範囲

注1. 請求の際は、請求者自身であることを証明するために必要な書類（愛知県社会保険労務士会会員証、社会保険労務士証票、運転免許証の写し等）を添付してください。

注2. 法定代理人による請求の場合は、代理人自身であることを証明する書類及び請求者の法定代理人であることを証明する書類（戸籍謄本等）を添付してください。成年被後見人の法定代理人の場合は、本請求書に実印を押印し、印鑑登録証明書も併せて添付してください。

注3. 任意代理人による請求の場合は、注1の書類のほか、請求者の印鑑登録証明書、代理人自身であることを証明する書類及び請求者の実印を押印した委任状を添付してください。

本請求書は、個人情報の保護に関する法律の規定により、愛知県社会保険労務士会が保有する個人データについて、利用目的の通知及び開示、訂正（変更・追加・削除）、利用停止、消去、第三者提供の停止の請求を行うためのものです。ご記入いただいた個人情報は、この請求に対応することを目的に利用させていただきます。