

弊社使用欄	受付日	受付担当者	回答日	回答担当者
	年 月 日		年 月 日	

個人情報開示等請求書

申込日 年 月 日

株式会社Y S ナーシング宛

個人情報の保護に関する法律に基づき、個人情報に関する開示等を次のとおり必要書類を添えて請求します。

請求の種類	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者利用の停止 <small>※「削除」は個人情報の一部を対象としたものです。「消去」は個人情報の全部を対象としたものです。</small>
-------	---

対象者様を特定するための情報	
(ふりがな) 氏名	
住所	〒 —
電話番号	() — <small>※日中ご連絡できる番号をご記入ください</small>
会社名/学校名	
本人確認のための提出書類	下記の中から2種類ご提出下さい。 <input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 印鑑証明書の原本 <input type="checkbox"/> 個人番号カードのコピー <input type="checkbox"/> 健康保険証のコピー <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 各種年金手帳のコピー <input type="checkbox"/> 在留カードのコピー

代理人様の情報 (代理人様が請求する場合のみ記載)	
(ふりがな) 氏名	
住所	〒 —
電話番号	() — <small>※日中ご連絡できる番号をご記入ください</small>
対象者様との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()
対象者様との関係を証明するための書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (親権者の場合) <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 (成年後見人の場合) <input type="checkbox"/> 委任状 (代理人の場合)
代理人様の確認のための提出書類	下記の中から2種類ご提出下さい。 <input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 印鑑証明書の原本 <input type="checkbox"/> 個人番号カードのコピー <input type="checkbox"/> 健康保険証のコピー <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 各種年金手帳のコピー <input type="checkbox"/> 在留カードのコピー

開示等請求窓口
〒231-0033 神奈川県横浜市中区長者町3-7 YS長者町ビル 株式会社Y S ナーシング 事務局 個人情報保護相談窓口 TEL : 0120-255-899

ご希望の処理の種類

ご希望の処理の種類の上に○印をつけ、理由等をご記入ください。

	開示	理由		

	利用目的 の通知	理由		

	訂正	訂正項目	内容（訂正前）	内容（訂正後）

	追加	追加項目	追加内容

	削除	削除項目		

	利用停止	理由		

	消去	理由		

	第三者利 用の停止	理由		

以上