

(厚生連記入欄)

受付番号 ()
受付年月日 平成 年 月 日

個人情報開示請求書

熊本県厚生農業協同組合連合会 御中

貴厚生連が保有している私の保有個人データにつき、その内容及び利用目的を確認したく、以下のとおり請求します。

(注1) 太線の枠内のみご記入下さい。本人であることを印鑑証明書によって証明する場合には、印鑑登録をしている実印を押印して下さい。

(注2) 代理人によって請求される場合には、次の区分に応じて代理権を証する書類の提出をお願いします。

1 法定代理人の場合

請求者本人との続柄を証明できる住民票その他続柄を証明するもの

2 任意代理人の場合

本人の印鑑証明書(交付日より3ヶ月以内のもの)付きの請求書及び委任状

(注3) 受付窓口においては、本人確認のための書類提示等をお願いします。

1. 開示請求者

氏名	フリガナ	開示対象者 との関係	本人・親権者・後見人・代理人 ・その他()
	印		
住所	(〒 -)	連絡先 電話番号	

2. 開示対象者(開示請求者と同一の場合には氏名・住所・連絡先欄は同上と記入)

本人 氏名	フリガナ	生年月日	明治・大正
	印		昭和・平成 年 月 日
住所	(〒 -)	連絡先 電話番号	
(備考)すでに当厚生連に届け出た住所又は氏名と異なる場合には前住所または旧姓がある場合には、念のため本備考欄に記入して下さい。 前住所： 旧 姓：			

以上