

個人情報開示請求書

年 月 日

社会福祉法人緑ヶ丘学園
理事長 貝森 輝幸 様

請求者	郵便番号 住 所	
	氏 名	
	電話番号	

社会福祉法人緑ヶ丘学園個人情報取扱規程第10条の規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。

1 開示を請求する個人情報の名称又は内容

--

2 開示の実施方法等

ア又はイに○印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。
なお、実施の方法のうち、閲覧については書面による管理の場合のみとし、当該書面の複写による開示又はコンピューターにより管理されている個人情報を印刷して開示する場合には、複写又は印刷に要した費用を負担していただきます。

ア 事業所における開示の実施を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <実施の希望日> 年 月 日 (開示請求の受理から決定まで2週間程度を要します)
イ 写しの送付を希望する。

3 代理人による請求の場合

本人の氏名	_____
本人との関係	_____

【法人使用欄】

受付日	年 月 日	担当者	
決定区分	開示 不開示	備考	

上記のとおり決定する

理事長	常務理事	事務局長	施設長	副施設長	課長	主幹・主査	主任・副主任	合議