

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 |
| | | | | | | | | |