

個人情報開示等請求書

令和 年 月 日

下記に必要事項をご記入いただき、必要な本人確認書類等を添付のうえ、本請求書をご提出ください。

請求窓口	公益財団法人ふくおか公衆衛生推進機構	「個人情報保護窓口」
------	--------------------	------------

開示対象となる方を特定するための情報

ふりがな		生年月日	大正
氏 名	Ⓜ		昭和 年 月 日
住 所	(〒 -)		
電話番号	() 日中にご連絡ができる電話番号をご記入ください。		
本人確認書類 (いずれか1つ・コピー可)	1. 運転免許証 2. パスポート 3. 健康保険証の被保険者証 4. 外国人登録証明書		

開示請求者の情報
(開示の対象となる方と開示を請求する方が異なる場合のみご記入ください)

ふりがな		生年月日	大正
氏 名	Ⓜ		昭和 年 月 日
住 所	(〒 -)		
電話番号	() 日中にご連絡ができる電話番号をご記入ください。		
開示の対象となる方との関係	1. 親権者（法定代理人） 2. 成年後見人（法定代理人） 3. 任意代理人		
開示の対象となる方との関係を証明する書類	(法定代理人の場合) 1. 戸籍抄本 2. 成年後見登記事項証明書 (任意代理人の場合) 1. 委任状（開示対象者本人の印鑑証明書添付必要）		
開示請求者確認書類 (いずれか1つ・コピー可)	1. 運転免許証 2. パスポート 3. 健康保険証の被保険者証 4. 外国人登録証明書		

開示を求める 個人情報		
開示の区分	1. 持参 2. 郵送	

請求にあたっての注意事項

1. 本請求書を当機構に提出する前に、必ず、当機構の個人情報保護窓口の開示を請求する旨につきましてご連絡ください。

2. 市町村が実施する健康診断及び事業所が実施する健康診断に関わる個人情報は、当機構には、開示する権限がありませんので、お住まいの市町村又はあなたが所属する事業所に開示をお申し出ください。

3. 開示手数料

開示請求する際には、下記の開示手数料がかかります。

開示手数料は、当機構の窓口にて現金でお支払いいただくか、指定の振込先にお振込みください。なお、不開示となった場合でも、開示手数料は返金できませんのでご了承ください。

開示区分	開示手数料	備考
持参での開示結果通知をご希望の場合	1 件あたり 300 円	
郵送での開示結果通知をご希望の場合	1 件あたり 600 円	配達証明付き郵便代を含む

4. 「本人確認書類」「開示対象となる方の関係を証明する書類」「開示請求者確認書類」
提出する書類を○で囲んでください。

5. 「開示の区分」

持参での開示結果通知をご希望の場合は、「持参」を○で囲んでください。

郵送での開示結果通知をご希望の場合は、「郵送」を○で囲んでください。

6. 「開示の対象となる方との関係」

該当する項目を○で囲んでください。

7. 「開示を求める個人情報」

開示してほしい個人情報を特定できるよう、具体的にご記入ください。

8. 請求書等の提出方法

①開示対象となる方が開示請求をする場合（提出書類計 2 点）

本請求書と併せて本人確認書類のうち 1 点を持参若しくは郵送にて、当機構の個人情報保護窓口までご提出ください。

②親権者が開示請求をする場合（提出書類計 3 点）

本請求書と併せて親権者の戸籍抄本と開示請求者確認書類（親権者の確認書類）のうち 1 点を持参若しくは郵送にて、当機構の個人情報保護窓口までご提出ください。

③成年後見人が開示請求をする場合（提出書類計 3 点）

本請求書と併せて成年後見登記事項証明書と開示請求者確認書類（成年後見人の確認書類）のうち 1 点を持参若しくは郵送にて、当機構の個人情報保護窓口までご提出ください。

④任意代理人が開示請求する場合（提出書類計 3 点）

本請求書と併せて本人からの委任状（開示対象者本人の印鑑証明書添付必要）と開示請求者確認書類（任意代理人の確認書類）の 1 点を持参若しくは郵送にて、当機構の個人情報保護窓口までご提出ください。