

個人情報開示請求書

年 月 日	
(あて先)広域連合長	
開示請求者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____	
長崎県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第11条第1項の規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。	
個人情報取扱事務の名称	
開示請求する個人情報の内容	(個人情報を特定できるように具体的に記入してください。)
開示の実施の方法	(希望する開示の実施の方法を○で囲んでください。) 1 閲 覧 2 写しの交付 3 視 聴
法定代理人が請求する場合	本人との関係 (該当する区分を○で囲んでください。) 1 未成年者の法定代理人 2 成年被後見人の法定代理人
	本人の氏名
	本人の住所
※本人等確認欄	1 運転免許証 2 旅券 3 外国人登録証明書 4 その他() 5 法定代理人の資格確認()
※事務担当課	課(電話)

備考 ※欄は、記入しないでください。