

作成日 年 月 日

デンタルサポート株式会社 個人情報問合せ窓口 行

## 個人情報 開示請求書

個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）第 25 条の規定に基づき、下記のとおりデンタルサポート株式会社の保有する個人情報の開示を請求します。

記

請求者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

### 1. 開示対象者に関する事項

氏名	ふりがな					
生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
住所	〒					
電話番号	( ) -					
本人の確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証写し <input type="checkbox"/> 年金手帳写し <input type="checkbox"/> その他 ( )					

### 2. 代理人に関する事項 ※代理人の方が請求される場合のみご記入下さい。

氏名	ふりがな					
生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
住所	〒					
電話番号	( ) -					
代理人の確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証写し <input type="checkbox"/> 年金手帳写し <input type="checkbox"/> 運転免許証写し <input type="checkbox"/> パスポート写し <input type="checkbox"/> その他 ( )					
本人との関係						
委任状など	<input type="checkbox"/> 本人からの委任状 (委任状に捺印された印鑑の印鑑登録証明証を添付) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本または抄本					

3. 開示請求の理由

4. 開示希望項目

氏名       住所       電話番号  
 その他

( )