

請求日：20 年 月 日

個人情報開示等請求書

公益財団法人日本医療機能評価機構 宛

個人情報の保護に関する法律に基づき、公益財団法人日本医療機能評価機構が保有する個人情報について、下記の通り必要書類を添えて請求します。

1. 請求者

下記のうち該当する <input type="checkbox"/> にチェックをいれてください <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人（親権者、成年後見人等） <input type="checkbox"/> 委任による代理人（受任者等）
--

2. 開示等対象者

氏名	(フリガナ)		
住所および連絡先	〒	-	
		都道	市区
		府県	町村
	電話番号	-	-
メールアドレス	@		

3. 代理人 ※ 委任者（開示等対象者）が記載してください

委任者との関係	下記のうち該当する <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 受任者		
代理人氏名	(フリガナ)		
代理人の住所および連絡先	〒	-	
		都道	市区
		府県	町村
	電話番号	-	-
メールアドレス	@		

