

個人情報 開示申請書

公益社団法人日本獣医師会 御中

私は、下記の本人に関する開示対象個人情報の開示を申請します。なお、開示の依頼にあたっては、貴会手数料をお支払いいたします。

※下記の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上、個人情報相談窓口までご提出ください。(郵送料は請求者のご負担となります) 開示には一定の日数を要します。開示できない場合には、その理由を説明いたします。

開示の対象となる本人	お名前		お申込日	年 月 日
	ご住所	〒 -		
	電話番号		生年月日	
	会員番号			

開示に関する依頼人	お名前	(ご本人の場合は不要)	電話番号	(ご本人の場合は不要)
	ご住所	(ご本人の場合は不要) 〒 -		
	ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※代理人による開示をご希望の場合は、代理人であることを証明する書面(対象者の戸籍謄本)をご提示下さい。代理人からのご依頼に対する回答を郵送でお送りする場合は本人様の住所宛となります。

開示書類	発行通数	通	受け取り方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社
	手数料支払方法	<input type="checkbox"/> 現金支払い <input type="checkbox"/> 郵便切手 <input type="checkbox"/> 振込み		
	郵送先ご住所	(ご本人の上記住所と郵送先住所が異なる場合にご記入下さい) 〒 -		

手数料及びその徴収方法

1回の申請ごとに、500円 (500円分の郵便切手を申請書類に同封して下さい)

※手数料が不足していた場合、および手数料が同封されていない場合は、その旨ご連絡を申し上げますが、所定の期間内にお支払いがない場合は、申請に応じることができない場合がございます。

受付使用欄

回答時記入欄	受付部署		受付者	
	受付日	年 月 日	本人確認の状況	
	回答部署		回答者	
	回答日時	年 月 日	対応結果	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 非開示
	非開示の理由			

回答時	個人情報相談窓口	個人情報保護担当者	回答者

受付時	個人情報保護管理者	個人情報相談窓口	個人情報保護担当者	受付者

※開示後、個人情報相談窓口が保管する。