

個人情報の開示・訂正等請求書

京都生活協同組合 専務理事 宛

郵送先および問い合わせ先 〒601-8382 京都市南区吉祥院石原上川原町1-2 TEL 075-682-6304 京都生活協同組合 機関組織運営部

京都生活協同組合が保有している私の個人情報について、下記の事項を請求します。

年 月 日

氏名 : _____ ㊟

住所 : _____

電話番号 : _____

組合員出資番号 : _____

(※印は、当てはまるものを○で囲んでください)

請求の対象となる個人情報 (特定するために必要ですので、 わかる範囲でご記入ください)	当生協へのご提供:()年()月()日ごろ 提供先事業所 ()※ 支部・店・部・室 提供の理由又は 利用の事業 ()
請求内容 (通知、開示についてはコピー作成と 郵送の費用をご負担いただきます。 書面作成費用については、開示の ためのデータ処理の費用を除き、保 有期間2年未満500円、2年以上 は1000円とします。)	※ 利用目的の通知・開示・訂正等・利用停止・消去・第三者への提供の停止 訂正等の場合 訂正前()を ※(変更・追加・削除) ↓ 訂正後()に
結果の報告・通知方法 (開示は郵送に限ります)	※ 郵送・電話・ご来訪による手渡し(事業所:) その他()
その他、請求に関わる事項	

代理人が請求される場合は以下もご記入ください

代理人の氏名	_____ ㊟
代理人の住所・電話番号	〒 _____ TEL _____
代理人の種類	※ 親権者 ・ 未成年者後見人 ・ 成年後見人 ・ 任意代理人

本人確認のための運転免許証、パスポートなどのコピーと、代理人の場合はそれを示す書面を同封してください。

(この請求書と同封資料に記載された個人情報は、本手続き事務のためにのみ利用し、他の目的のために使うことは一切ありません。)

…………… 以下は生協記入欄ですので、記入しないでください ……………

受け付け事業所	事業所名	受付日	担当者印	所属長印
本人確認	運転免許証・パスポート・健康保険被保険者証・年金手帳・その他()			確認者印
代理人確認	戸籍謄本(抄本)・住民票・委任状・その他()			確認者印
個人情報管理 責任者 確認欄	本人確認 <input type="checkbox"/>	代理人確認 <input type="checkbox"/>	情報の特定 <input type="checkbox"/>	請求内容 <input type="checkbox"/>
	調査の必要 有・無	調査の完了 <input type="checkbox"/>	結果()	該当部局() 報告 <input type="checkbox"/> (月 日)

