

個人情報の開示等の請求書

平成 年 月 日
 公益社団法人日本アイソトープ協会 会長 殿

公益社団法人日本アイソトープ協会に対し個人情報の開示等の請求をいたします。

請求者 (本人の場合は右の本人欄に、代理人の場合は代理人欄にご記入ください。)	本人	〒 住所 氏名フリガナ 氏名	
	代理人	〒 住所 氏名フリガナ 氏名 連絡先電話番号	
開示等の請求内容 (該当する請求内容のNoを○印で囲んでください)	1	個人情報の開示	
	2	個人情報の利用目的の通知	
	3	個人情報の内容の訂正	
	4	個人情報の追加	
	5	個人情報の削除	
	6	個人情報の利用の停止	
	7	個人情報の消去	
	8	個人情報の第三者への提供の停止	
開示方法	郵送 来所受取 : どちらかの方法を○印で囲んでください。 ・郵送をご希望の場合は、80円切手を同封してください。送付先は上記の本人または代理人の住所とさせていただきます。 ・来所受け取りをご希望の場合は、本人確認または代理人確認が必要です。 「個人情報の開示等に関する事項」記載の本人又は代理人を確認できるものをご持参ください。		

個人情報の扱いについて

私 () は、公益社団法人日本アイソトープ協会の「プライバシーポリシー」に同意し、個人情報の開示等の請求に必要な書類を送ります。

当協会記入欄

本人・代理人の確認	運転免許証、パスポート、健康保険証等 その他 ()
代理人資格の確認	委任状 その他 ()
受付担当者	受 付 : 年 月 日 受 付 者 :