

(様式第5号)

## 個人情報（訂正・追加・削除・利用停止）申出書

年 月 日

公益財団法人寝屋川市保健福祉公社

理 事 長 様

住 所	(〒 - )
氏 名	
電話番号	

公益財団法人寝屋川市保健福祉公社個人情報保護規則第12条の規定に基づき、私の個人情報について、次のとおり（訂正・追加・削除・利用停止）の申出をします。

1 （訂正・追加・削除・利用停止）の申出に係る個人情報の内容	
2 （訂正・追加・削除・利用停止）の申出の内容	
注 訂正等申出については、本人であることを証明する書類（運転免許証、旅券、健康保険被保険者証、国民年金手帳等）を提出し、又は提示してください。	