

(様式第 2 号)

## 個人情報開示申出書

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 11 条第 1 項の規定に基づき、私の個人情報について、次のとおり開示の申出をします。

1 個人情報の内容	
2 開示の方法(該当する項目を で囲んでください。)	閲覧又は視聴 写しの交付
注 開示申出については、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。	