

保有個人情報訂正請求書

年 月 日

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

氏 名 _____

住 所 _____ (電話番号) _____

和歌山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第26条第1項の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の訂正を請求します。

保有個人情報 の名称 又は内容	
保有個人情報の 開示を受けた日	年 月 日
訂正請求の 趣旨及び理由	
訂正を求める内容	

※代理人が請求する場合には、以下の欄にも記入してください。

本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人（未成年者： 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人（保有特定個人情報を請求する場合に限る。）	
本人の氏名 及び住所	氏 名	
	住 所	(電話番号)

注 1 訂正請求に際しては、本人又は代理人自身であることを証明する書類などを提示又は提出してください。

2 代理人による訂正請求の場合は、戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示又は提出してください。

※以下の欄は記入しないでください。

請求者本人の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ()
法定代理人の資格確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
任意代理人の確認書類	本人の署名又は記名押印のある委任状 委任状に記名押印された印の印鑑登録証明書