

保有個人データ開示等請求書

年 月 日

学校法人 京都薬科大学
理事長 土屋 勝 様

請求者 (□本人 □代理人)
氏 名 印
住 所

電話番号
連絡先
(本人の氏名)

個人情報の保護に関する法律第25条～第27条、第29条、第30条の規定に基づき、次のとおり請求します。

※太枠内に必要事項を記入して下さい。

利 用 目 的	
請 求 の 内 容	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正等 <input type="checkbox"/> 消去等 <input type="checkbox"/> 利用等の停止
備 考	

<処理欄>

1. 請求内容チェック確認 開示 訂正等 消去等 利用等の停止
2. 本人確認書類 【 本人からの申請 】
- ・本人確認 学生証 免許証 その他 ()
- 【 法定代理人からの申請 】
- ・本人確認 免許証 その他 ()
- ・確認書類 戸籍謄本
- 【 委任者の確認書類 】
- ・委任者確認 免許証 その他 ()
- ・確認書類 委任状
- ・本人確認 (コピー) 学生証 免許証 その他 ()

※ご記入いただきました個人情報は、保有個人データ開示等請求事務処理のために使用します。