

保有個人データ開示等請求書

年 月 日

学校法人白梅学園 個人情報保護統括管理責任者 殿

請求者 (本人 代理人)

氏名： 印

住所：

電話番号：

E-mail：

(代理人の場合、本人の氏名：)

(在学生・卒業生の場合、学籍番号：)

以下のとおり、保有個人データに関して請求します。

個人データ記録 の件名又は内容	
請求の区分	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知
請求の内容	

※以下、本学使用欄【記入しないでください。】

受付	日付	年 月 日 (<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送)
	書類	<input type="checkbox"/> 学生証(在学生のみ) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 公的年金手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 委任状(代理人) <input type="checkbox"/> 代理人関連書類(代理人)
	部署/担当者	
対応	日付	年 月 日
	処理内容	
	部署/担当者	
	備考	