

令和 年 月 日

国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所
理事長 中村 祐輔 殿

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL () _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに○印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

| |
|---|
| ア 事務所における開示の実施を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <実施の希望日> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| イ 写しの送付を希望する。 |

3 手数料

| | | |
|-----------------|--|---------|
| 手数料 (1件300円) | (1) 現金書留郵便による納付 (2) 開示請求書等が研究所に来所して現金による納付 (3) 研究所が指定した銀行口座への振り込みによる納付 | (請求受付印) |
|-----------------|--|---------|

4 本人確認等

| |
|--|
| ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人 |
| イ 請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ 請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写しを添付してください。 |
| ウ 本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。） (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 (ふりがな) (イ) 本人の氏名 _____ (ウ) 本人の住所又は居所 _____ |
| エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| オ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |