

保有個人データ開示申出書

平成 年 月 日

(財) 栃木県民間社会福祉施設職員
退職手当共済財団 理事長 様

申出者 氏 名 印
(代理人)

財団法人栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済財団個人情報保護規程に基づき、下記のとおり保有個人データの開示の申出をします。

被共済職員番号		被共済職員氏名 (本人)	
生年月日・性別	1 大正 2 昭和 3 平成	年 月 日	性別 男・女
経営者名 (施設名)			
本人住所 及び電話番号	〒 - 電話番号 () -		
回答書送付先	1 施設あて本人様 2 本人様住所あて 3 直接受理		
開示を申し出る 個人情報の内容 〔 詳しくお書きく ださい。 〕			
開示を申し出る 理由をお書きく ださい。 〔 退職金予定額を希 望される場合は退 職予定日を記入し てください。 〕			

- (注) 1 申出者 (本人) の身分を証明する書類 (運転免許証、旅券、健康保険証等) をご提示ください。
2 代理人による申出の場合は、代理人としての資格を証明する書類 (委任状等) をご提出ください。

本人確認	1 運転免許証 2 旅券 3 健康保険証 4 その他 ()	受付	平成 年 月 日
------	-----------------------------------	----	----------

※共済財団記入欄