

## 保有個人データ訂正等申出書

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  
(代理人) 印

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 ( ) -		
個人情報に関する申出の事項  〔 該当する番号に○をつけてください。 〕	開示を受けた個人情報の ( 1 訂正 2 追加 3 削除 4 利用停止 ) を申出をします。 (注) 削除・利用停止を行う場合は、共済財団を脱退していただかなければならない場合があります。		
訂正等を行う個人情報の内容  〔 詳しくお書きください。 〕			
訂正等を行う理由を詳しくお書きください。			

(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。

### ※共済財団記入欄

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
------	-----------------------------------	----	----------