

保有個人データ訂正等申出書

令和 年 月 日

(一財)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 その他()	受付	平成 年 月 日
------	--------------------------	----	----------