

個人情報 利用停止等 請求書

作成日 年 月 日

公益財団法人国際科学技術財団
個人情報保護担当係 行

ふりがな
請求者氏名 _____ 印

住所 (〒 _____)

Tel. (_____) _____

「個人情報の開示等に関する事項」に記載されている内容に承諾のうえ、「個人情報の保護に関する法律」第27条の規定に基づき、保有個人情報の利用停止等を以下のとおり請求します。

1. 利用停止等請求内容

請求内容	<input type="checkbox"/> 利用停止	<input type="checkbox"/> 消去	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止
請求の対象となる情報			
請求の趣旨・理由			

2. 本人確認等

請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証写し <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート)写し <input type="checkbox"/> 各種健康保険証写し <input type="checkbox"/> 各種年金手帳写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書の写し <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 写真付き住民基本台帳カードの写し <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他(_____)
代理権確認書類 (本人の場合は 記入不要です)	1 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本または抄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 2 本人が委任した代理人 <input type="checkbox"/> 委任状(当財団所定) <input type="checkbox"/> 運転免許証写し <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート)写し <input type="checkbox"/> 各種健康保険証写し <input type="checkbox"/> 各種年金手帳写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書の写し <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 写真付き住民基本台帳カードの写し <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他(_____)
対象となる個人情報 で特定される者の 氏名・住所等 (本人の場合は 記入不要です)	1 ふりがな 氏名 _____ 2 住所 (〒 _____) Tel. (_____) _____