

(様式1)

個人情報開示等請求書

年 月 日

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク
総務部 個人情報保護担当 行

請求者 (代理人様によるご請求の場合は、代理人様名をご記入ください)

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____

電話番号 () - _____

私は貴社団が保有する個人情報について、個人情報の保護に関する法律に基づき、下記のとおり請求します。

記

1 ご請求内容

ア 請求の種別	<input type="checkbox"/> 個人情報の開示	<input type="checkbox"/> 第三者提供記録の開示	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知
	<input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除	<input type="checkbox"/> 利用の停止	<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止
イ 開示等を請求する保有個人情報 (具体的に記載してください。)			
	(理由、訂正内容等)		
ウ 提供方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 (文書)	<input type="checkbox"/> 電子データ	<input type="checkbox"/> その他 ()

2 手数料 (開示または利用目的の通知のみ)

写しの交付 (文書)	1件1,400円	下記の銀行口座に振り込んでください。 (振込手数料は請求者負担)
電子データ	別途見積	

金融機関：みずほ銀行虎ノ門支店
口座番号：普通預金 2934688
口座名義：公益社団法人日本臓器移植ネットワーク
名義カナ：シャ) ニホンゾウキイシヨクネットワーク

3 本人確認等

ア 開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 代理人 (<input type="checkbox"/> 本人から委任された者 <input type="checkbox"/> 法定代理人)
イ 請求者本人確認書類 (請求者本人の氏名及び現住所の記載のあるもの)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証	
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード (マイナンバーカード) 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 ()	
ウ 本人の状況等 (法定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 (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出してください。	請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本又は住民票 (未成年者の場合)	
	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 (成年被後見人の場合) <input type="checkbox"/> その他 ()	

(説明)

1 「氏名」、「住所又は居所」

請求者の氏名及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により開示決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。

また、内容確認等のため受付及び担当者から連絡を行う場合があります。その際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、法定代理人による開示請求の場合には、法定代理人の氏名、住所又は居所、電話番号を記載してください。

2 「ご請求内容」

請求の種別をチェックしてください。

開示を請求する保有個人情報の項目（氏名、住所、電話番号など）を、開示請求する有個人情報を特定できるように具体的に記載してください。

請求の理由（個人情報の誤り、本人の同意のない目的外利用等）を記載してください。また、訂正の場合は、訂正内容を記載してください。

提供方法をチェックしてください。

請求者本人確認書類記載の住所宛に、原則本人の請求する方法によってご回答いたします。

なお、本人から委任された者が請求する場合で、委任状に開示等の結果受領権限を委任する旨のご記入、実印の押印、印鑑証明書の提出が無いときには、開示等の結果をご本人宛に送付します。

3 手数料の納付について

個人情報の開示または利用目的の通知を文書の写しで請求する場合には、手数料として1,400円（税込）を下記の銀行口座に振り込んでください。振込手数料等は請求者（振込人）の負担となります。なお、提供方法が電子データやその他の場合は、別途見積り、請求書をお送りします。

金融機関：みずほ銀行虎ノ門支店 口座番号：普通預金 2934688

口座名義：公益社団法人日本臓器移植ネットワーク

4 本人確認書類等

(1) 本人による開示請求の場合

以下の本人確認書類を複写機により複写したものを提出してください。

本人確認のため請求者本人の氏名及び現住所が記載された運転免許証（現住所が、裏面に記載されている場合は、裏面のコピーも含む。）、健康保険の被保険者証、個人番号カード（マイナンバーカード）（表面のみコピー）または住民基本台帳カード（注）、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等の書類を提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、これらの本人確認書類の提出ができない場合は、下記の「個人情報開示等請求に関するお問い合わせ窓口」に事前に相談してください。

(注) 住民基本台帳カードは、その効力を失うか、個人番号カードの交付を受ける時まで個人番号カードとみなされ、引き続き使用可能です。

(2) 法定代理人による開示請求の場合

「本人の状況等」欄は、法定代理人による開示請求の場合にのみ記載してください。必要な記載事項は、保有個人情報の本人の状況、氏名、本人の住所又は居所です。

法定代理人が開示請求をする場合には、法定代理人自身に係る（1）に掲げる書類に併せて、戸籍謄本、住民票、成年後見登記の登記事項証明書その他法定代理人であることを証明する書類（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限り）を提出してください。なお、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類は、市区町村等が発行する公文書であり、その複写物による提出は認められません。

(3) 本人から委任された者が請求する場合

当団所定の委任状、本人及び代理人自身に係る（1）に掲げる書類に併せて、開示等の結果受領権限を委任する場合は委任状に実印を押印し印鑑証明書（開示請求の前3ヶ月以内に発行されたものに限り）を提出してください。なお、印鑑証明書は、市区町村等が発行する公文書であり、その複写物による提出は認められません。

<個人情報開示等請求に関するお問い合わせ窓口>

〒108-0022東京都港区海岸3-26-1 バーク芝浦12階

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク 総務部 個人情報保護担当

TEL 03-5446-8800 (代)

受付時間 月～金曜日 9:00～17:30 (土日・祝日・年末年始を除く)