

様式第2号（第9条関係）

保有個人情報開示請求書		年 月 日
大阪府後期高齢者医療広域連合議会議長		様
住所又は居所	(郵便番号)	
ふりがな 氏 名		
連絡先 (電話番号)		
<p>大阪府後期高齢者医療広域連合議会個人情報の保護に関する条例第19条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。</p>		
請求に係る保有個人情報の内容		
保有個人情報を特定するために必要となる事項 (記録されている行政文書の名称、申請書の場合は申請年月日等)		
※希望する開示の実施方法	<p>1 開示の実施方法</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧（視聴及び聴取を含む。）のみを希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 全部の写しの交付を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 写しの郵送</p> <p>2 閲覧（視聴及び聴取を含む。）の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 用紙による <input type="checkbox"/> 専用機器による</p> <p>3 写しの交付の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> 録音テープ</p> <p><input type="checkbox"/> ビデオテープ <input type="checkbox"/> 光ディスク</p>	
※希望する開示の実施の日時 (広域連合事務所において実施)	年 月 日 () 午前 時 分から 午前 時 分までの間 午後 時 分から 午後 時 分までの間	
代理人が請求する場合には、次の欄にも記入してください。		
本人の氏名及び住所又は居所	ふりがな 氏 名	
	住所又は居所	(郵便番号)
	連絡先(電話番号)	

(裏面もお読みください)

