

保有個人情報開示請求書

年 月 日

群馬県公立大学法人理事長 あて

請求者氏名

住所又は居所

〒 -

電話番号

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条第1項の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

開示を請求する保有個人情報 （具体的に特定してください。）	
開示の実施方法 ご希望の□にチェックしてください。 例) 「■」「レ」	1 <input type="checkbox"/> 閲覧、聴取又は視聴 2 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 事務所における開示 開示を希望する日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 送付による交付 （希望する交付方法を上記2点からご選択ください） </div> 写しの交付媒体 (1) <input type="checkbox"/> 紙 (<input type="checkbox"/> カラー部分を含む頁は、カラーコピーを希望する。) (2) <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 電磁的記録を保有していない場合には、スキャナによる複写物の交付を希望する（保有する処理装置により容易に実施できる場合に限る。）。 (3) <input type="checkbox"/> その他の媒体 ()
開示請求者の種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
本人の状況等 （代理人による開示請求の場合のみ記入してください。）	1 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 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 2 本人の氏名 _____ 3 本人の住所又は居所 _____ 4 本人の電話番号 _____
※ 請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <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 ()
※ 法定代理人資格確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
※ 任意代理人資格確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()

注 ※印の欄は、記入しないでください。