

個人情報訂正請求書

年 月 日

秋田県知事 あて

(郵便番号 ー )

請求者 住所(居所)

氏名

(法人にあっては、その名称及び代表者の氏名並びに主たる事務所の所在地)

電話番号

秋田県個人情報保護条例第24条第1項(第2項、第3項)の規定に基づき、次のとおり個人情報の訂正を請求します。

訂正請求に係る個人情報の内容	(開示を受けた日) 年 月 日 (訂正請求に係る個人情報が特定できるよう具体的に記入してください。)
訂正請求の内容及び理由	(訂正請求の内容を具体的に記入してください。) (訂正請求の理由)

(遺族・法定代理人記載欄) 遺族又は法定代理人が請求する場合は、この欄にも記入してください。

本人の区分	<input type="checkbox"/> 死者	<input type="checkbox"/> 未成年者	<input type="checkbox"/> 成年被後見人
本人の住所(居所)及び氏名等	氏名		
	住所(居所)	(郵便番号 ー )	電話番号

注1 のある欄には、該当する項目のにレ印を付してください。

2 法定代理人が請求する場合において当該法定代理人が法人であるときは、法人代表者印を押印の上、その印鑑証明書を添付してください。

3 請求の際には、訂正を求める内容が事実と合致することを証明する書類等を係員に提出し、又は提示してください。

4 請求の際には、本人であることを証明するために必要な書類(運転免許証、旅券等)を係員に提出し、又は提示してください。

5 遺族又は法定代理人が請求する場合には、遺族又は法定代理人に係る注4の書類のほか、遺族又は法定代理人であることを証明する書類を係員に提出し、又は提示してください。

6 本人が死者である場合は、「本人の住所(居所)及び氏名等」欄には、死亡時のものを記入してください。この場合において、電話番号の記入は、不要です。

(職員記載欄) この欄には、記入しないでください。

請求者本人の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
請求資格の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
事務担当課所等備考	部(所)	課(室)	班(担当) 電話番号