

## ◆個人情報開示のお手続きについて



### 1. 開示方法

- (1) 窓 口
- (2) 郵 送

※上記以外の方法では受付できません。

### 2. 必要書類

個人情報の開示等には次の書類が必要となります。

#### a 窓口にお越しいただく場合

- (1) 開示請求……………「個人情報開示請求書」
- (2) 本人確認用証明書（次のいずれかをご提示下さい）

- 運転免許証
- パスポート
- 健康保険証

※有効期限内のもの

- (3) 手数料500円

現在会員の方、退職後2年以内の方は必要ありません。

#### b 郵送の場合

- (1) 開示請求……………「個人情報開示請求書」
- (2) 本人確認用証明書（コピー1通を同封して下さい）

- 運転免許証
- パスポート
- 健康保険証

※有効期限内のもの

- (3) 手数料500円（郵便小為替でお願い致します）

現在会員の方、退職後2年以内の方は必要ありません。

（ご注意）

- 必要書類が不備の場合は開示できませんので、ご注意下さい。
- 上記書類は返却いたしません。本会で責任を持って処分致しますので、ご了承下さい。

### 3. 開示請求書の送付先

〒542-0012

大阪市中央区谷町7-4-15 大阪府社会福祉会館2F

一般財団法人 大阪民間社会福祉事業従事者共済会

個人情報保護ご相談窓口 宛

<お問い合わせ先 TEL 06-6761-4444>

### 4. ご回答書の送付方法

- ご回答は、請求書到着後14日以内にいたします。
- ご回答書は、請求書で指定いただいた送付先へ「郵便等」でお送りいたします。

# 個人情報開示請求書

請求日 年 月 日

大阪民間社会福祉事業従事者共済会

理事長 宛

受付印

請求者氏名	印		
会員番号			
施設名			
生年月日	昭和・平成・西暦	年	月 日
性別	男・女		
請求者住所	〒 -		
自宅電話番号	( ) -		
回答書送付先	1. 施設宛ご本人様	2. 請求者住所	
開示請求される個人情報の内容	〔 詳し く 書 き 下 さ い 〕		
開示請求される理由を詳しくご記入下さい	※退職金シミュレーションを希望される場合は、退職予定日をご記入下さい。		

※共済会使用欄

本人確認資料	1. 運転免許証 2. パスポート 3. 健康保険証
--------	----------------------------