

個人情報訂正等依頼書

請求日 年 月 日

(一財)大阪民間社会福祉事業従事者共済会

理事長 宛

受付印

共済契約者名	印	
施設番号		
施設名		
開示対象 会員番号		
開示対象 会員氏名		
生年月日	3. 昭和 4. 平成 5. 令和 年 月 日	
性別	男 ・ 女	
請求者住所	〒 -	
電話番号	() -	
個人情報に対する ご要望の内容 〔番号に○ をつけて 下さい〕	開示を受けた個人情報の	
	1. 訂正	
	2. 削除	(注)削除・利用停止を行う場合は共済会を退会いただかなければならない場 合があります。
	3. 利用停止	
	4. 第三者提供の停止	(注)利用停止を行った場合、「ライフサポート倶楽部」の事業をご 利用いただけなくなります。 を、求めます。
訂正等を行う 個人情報 の内容 〔詳しく お書き 下さい〕		
訂正等を行う 理由を詳しくご 記入下さい		
	<input type="checkbox"/> 住所を訂正し、退職給付金決定通知書の再発行をしてください	