

# 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

請求者氏名	印	
会員番号		
施設番号		
施設名		
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	

※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
--------	----------------------------