

平成 年 月 日

個人情報利用停止等依頼書

財団法人 労災保険情報センター

最高個人情報管理責任者 専務理事 殿

請求者 住 所
氏 名 印
電話番号

下記のとおり_____に係る個人情報の利用停止等を依頼します。

記

- 1 利用停止又は消去を希望する個人情報を具体的に記入して下さい。

| |
|--|
| |
|--|

- 2 利用停止又は消去を依頼する理由を具体的に記入して下さい。

| |
|--|
| |
|--|

- 3 本人確認等について記入して下さい。

| | |
|--------------|--|
| 本人の状況 | 本人の氏名 本人の住所 連絡先 |
| 本人確認書類 | 運転免許証 健康保険被保険者証 その他 () |
| 代理人の 確認書類 | 運転免許証 健康保険被保険者証 その他 () |
| 本人の署名欄 | 私の個人情報の利用停止等に係る一切の件について、上記 請求人_____に委任します。 _____ 印 |

代理人の場合は、本人の署名欄に署名、捺印（実印）の上、印鑑証明書を添えて提出して下さい（未成年の場合は認め印と住民票で可。）