

保有個人情報の開示の実施方法等申出書

年 月 日

独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長 殿

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL (_____) _____

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第24条第3項の規定に基づき、下記のとおり申出をします。

記

1 保有個人情報開示決定通知書の番号等

文書番号：

日 付：

2 求める開示の実施方法

開示請求に係る保有個人情報の名称等	種類・量	実 施 の 方 法	
		(1) 閲覧	①全部 ②一部 ()
		(2) 複写したものの交付	①全部 ②一部 ()

3 開示の実施を希望する日

年 月 日 午前・午後

4 「写しの送付」の希望の有無

〔 有 : 同封する郵便切手等の額 円
無 〕

＜本件連絡先＞

独立行政法人医薬品医療機器総合機構
経営企画部情報公開課

電 話: 03-3506-9601

F A X : 03-3506-9458