

個人情報等公開申出書

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団
厚木看護専門学校 学校長 殿

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団 厚木看護専門学校個人情報保護方針の
規程により、次のとおり申し出ます

申出者身分	<p>[該当する項目に☑をしてください。]</p> <p><input type="checkbox"/>在校生 学籍番号： <input type="checkbox"/>卒業生 学科： (西暦) 年 月卒業 回生 <input type="checkbox"/>受験生 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
公開の申出に係る 文書等の内容	<p>[該当する項目に☑をしてください。]</p> <p><input type="checkbox"/>開 示 <input type="checkbox"/>削 除 <input type="checkbox"/>訂 正 <input type="checkbox"/>利用停止</p> <hr/> <p>[公開の申出に係る特定の文書が分かるように、文書等の件名又は申出者が知りたいと思 う事項の概要を具体的に記載してください。]</p>
公開の申出の内容	<p>[該当する項目に☑をしてください。]</p> <p><input type="checkbox"/>文書等の閲覧又は視聴を申し出ます。 <input type="checkbox"/>文書等の写しの交付を申し出ます。(☐郵送を希望します。) <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
備 考	

備 考 公開の申出に係る文書等が旧姓の場合、備考欄に旧姓を記入してください。