

平成 年 月 日

## 個人情報開示請求書

(放射線管理手帳発効機関名) 経由 (原子力及び除染等経験者の場合)  
 (公財)放射線影響協会  
 放射線従事者中央登録センター 御中

請求者 現住所 〒 -

氏名 ⑧

電話番号 - -

下記のとおり、貴協会の原子炉等規制法及び放射線障害防止法、並びに除染電離放射線障害防止規則及び電離放射線障害防止規則に係る被ばく線量登録管理システムに登録され、または、法令に基づき事業者から貴協会に引き渡され保管されている私（開示対象者）の全ての個人データの開示を請求します。

記

請求者の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人
従事経験	<input type="checkbox"/> 原子力施設 <input type="checkbox"/> RI 施設 (研究所、病院、非破壊検査等) <input type="checkbox"/> 除染等事業場所 職歴 (勤務先);
開示方法	<input type="checkbox"/> 郵送を希望します。 <input type="checkbox"/> 放射線従事者中央登録センターでの受け取りを希望します。
開示対象者の 郵送先 (注)	住所 〒 - 電話番号 - -

注) 郵送の場合、開示する個人データは、放射線従事者中央登録センターより「開示対象者の郵送先」に簡易書留で郵送されます。

開示対象者の 登録情報	中央登録番号							性別	1. 男 2. 女	
			-							
	フリガナ									
	氏名	(旧姓)								
生年月日	T. 大正	S. 昭和	H. 平成	年	月	日				

※以下の欄には記入しないでください。

受付年月日	平成 年 月 日	担当者名			
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
代理権証明書類	<input type="checkbox"/> 委任状および印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 公的証明書 ( )				
開示方法	<input type="checkbox"/> 郵送	処理年月日	平成 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 窓口で交付	検印	照合	担当者印	
付記事項					