

事務局長	担当

提出日 西暦 年 月 日

公益社団法人
大阪府理学療法士会 会長 殿

情報開示請求書

大阪府理学療法士会が保有する以下の情報開示を請求します。

- 氏名 会員番号 所属先名 所属先住所 メールアドレス
 登録・専門・認定理学療法士 自宅会員タックシール
 その他 ()

※上記必要な項目に☑をつけてください。

記

- ・請求日（データを必要とする日） 西暦 年 月 日
- ・請求理由、必要な項目
記入例）総会案内発送の為（氏名・メールアドレス・勤務先名・住所）

--

・請求者情報

市区町村士会又は府士会における部・委員会名	
会長・部長・委員長名	
ご 所 属	
ご 連 絡 先 電 話 番 号	
メ ー ル ア ド レ ス	

- ・取得した個人情報の保護について、個人情報管理ガイドラインを遵守するとともに、開示された守秘情報を請求理由以外に使用しないことに同意いたします。 以上

署 名 _____ (印)

電子印不可、必ず自筆・押印のうえ PDF または写真にてメール添付でご提出ください

事務局使用欄	対応可否： 可 / 一部可 / 否	
提供方法（媒体） メール、郵送、その他（媒体： ）	提供年月日	担当者
開示情報内容	会員情報（会員番号・会員区分・氏名・所属先名・住所・メールアドレス・生年月日・所属士会名・自宅住所・登録・専門・認定・履修履歴）	