２０１９年〇〇月〇〇日

【記 入 例（窓口受け取り）】

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　〇〇〇－〇〇〇〇
東京都千代田区〇〇１丁目２－３
スカイハイツ１２－３４５

氏　名　神田　太郎　㊞

電話番号　03－　〇〇〇〇－△△△△

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	☑ 本人　　☐ 代理人
従事経験	☐原子力施設　☑RI 施設（研究所、病院、非破壊検査等）　☐除染等事業場所 職歴（勤務先）；昭和 57 年～平成 2 年 中登環境サービス、平成 2 年～平成 18 年 鍛冶検査
開示方法	☑ 郵送を希望します。 ☐ 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　〒　１２３－４５６７ 東京都千代田区〇〇１丁目２－３ スカイハイツ１２－３４５ 電話番号　０３－〇〇〇〇　－△△△△

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				
		6	0	―	1	2	3	4	5	6								
	フリガナ	カ	ン	ダ		タ	ロ	ウ										
	氏　名	神　田　太　郎　（旧姓　上野　太郎　）																
	生年月日	T．大正　Ⓢ．昭和　H．平成　35 年　4 月　21 日																

(注 1) 必要事項を必ずボールペンで記入し、該当する箇所の☐印に「レ」を付けてください。

(注 2) 窓口での受け渡し希望の方も住所をお書きください。代理人請求の場合にはこの住所に郵送されます。

(注 3) 開示するご本人の登録情報を記入してください。中央登録番号は不明の場合には記入不要です。