

個人情報開示請求書

(事業主会員用)

一般財団法人京都府民間社会福祉施設職員共済会 宛

京都社会福祉事業企業年金基金 宛

請求日 20 年 月 日

請求者	事業主会員（法人） または 代理人（管理者等）	印
-----	-------------------------------	---

(請求者が【代理人】の場合は、事業所名称と代理人氏名を記載、押印してください)

対象会員の所属事業所					
開示請求の 回答先		☐ 法人 ☐ 所属事業所 → 法人事務局が別の場所の場合は、「その他」になります ☐ その他：			
電話番号/担当者		() - /担当：			
請求事由等	開示内容	☐ 退職金シミュレーション (試算時点の掛金が退職予定日まで継続されることを前提に算出します) → 退職予定年月日 20 年 月 日 ☐ 加入期間 * 退職金制度の加入期間 ☐ 厚生給付金・事業補助金請求時の添付書類： ☐ その他：			
	開示理由	(詳しくお書きください)			
開示対象	1	会員氏名		会員番号	
	2	会員氏名		会員番号	
	3	会員氏名		会員番号	
	4	会員氏名		会員番号	
	5	会員氏名		会員番号	
	6	会員氏名		会員番号	

<事務局使用欄>

備考	常務理事	個人情報保護管理者	業務担当者