

別紙2

令和4年度 熊本県介護支援専門員実務研修受講試験  
試験結果に係る個人情報開示請求書

令和 4 年 12月 \_\_\_\_日

一般財団法人 保健福祉振興財団 様

令和4年度 熊本県介護支援専門員実務研修受講試験の「試験結果に係る個人情報開示要領」に基づき、次のとおり試験結果に係る個人情報データについて、開示を請求します。

開示請求者	<input type="checkbox"/> 受験者本人 <input type="checkbox"/> 受験者の法定代理人
受験者に関する情報	受験番号 <u>22</u> 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____
法定代理人に関する情報 ※ 開示請求者が、受験者の 法定代理人の場合のみ。	住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ 受験者との関係 _____
開示を請求するデータ	<input type="checkbox"/> 解答用紙 <input type="checkbox"/> 総合得点及び分野毎の得点

【試験実施団体記入欄】

請求者の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他( _____ )
法定代理人であることの 確認方法	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
受付担当者	受付年月日    令和 4 年 ____月 ____日 氏 名    _____