

様式第1号(第9条関係)

開 示 請 求 書

	年 月 日
<p>広域連合議会議長</p> <p style="text-align: center;">開示請求者 住所又は居所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第19条第1項の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。</p>	
開 示 を 請 求 す る 保 有 個 人 情 報	(保有個人情報を特定できるように具体的に記入してください。)
開 示 の 実 施 方 法 等	<p>1 又は2に○印を付してください。1を選択した場合は、実施方法を記載してください。</p> <p>1 事務局における開示の実施を希望する。 【実施の方法】 <input type="checkbox"/> 閲 覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【実施希望日】 年 月 日</p> <p>2 写しの送付を希望する。</p>
開 示 請 求 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
請 求 者 本 人 確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ※請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。
本 人 の 状 況 等	<p>(法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。)</p> <p>1 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者(年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者</p> <p>2 本人の氏名^{ふりがな}_____</p> <p>3 本人の住所又は居所 _____</p>
法 定 代 理 人 が 請 求 す る 場 合	法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
任 意 代 理 人 が 請 求 す る 場 合	委任代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()

開示決定通知書

第 年 月 日 号 年 月 日	
様 広域連合議会議長 印	
年 月 日付けで開示請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第24条第1項の規定に基づき、次のとおり開示することを決定しましたので通知します。	
開示する 保有個人情報	(全部開示・部分開示)
不開示とした部分と その理由	
開示する保有個人 情報の利用目的	
開示の実施の方法等	
事務所における開示を 実施することができる 日時及び場所	期間： 月 日から 月 日まで ※土・日・祝祭日を除く。 時間： 場所
写しの送付を希望する場 合の準備日数、送付に要 する費用（見込額）	
事務担当課	課（電話 ）

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会議長に対して審査請求をすることができます。（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。）。

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合には、この決定があったことを知った日から6か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会議会を被告として（訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合議会議会を代表する者は広域連合議長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

非開示決定通知書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長 印	
年 月 日付けで開示請求のありました保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第24条第2項の規定により、次のとおりその全部を開示しないことと決定しましたので通知します。	
開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示しないこととした理由	
事務担当課	課(電話)

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会議長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合には、この決定があったことを知った日から6か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会を被告として(訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合議会を代表する者は広域連合議長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

様式第4号(第13条関係)

開示決定等期限延長通知書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長	
印	
年 月 日付けで開示請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第25条第2項の規定により、次のとおり開示決定等の期限を延長することとしましたので通知します。	
開示請求に係る 保有個人情報の 名称等	
延長後の期間	日（開示決定等期限 年 月 日）
延長の理由	
事務担当課	課（電話 ）

様式第5号(第14条関係)

開示決定等期限特例延長通知書

第 年 月 日 号 年 月 日	
様 広域連合議会議長	
印	
年 月 日付けで開示請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第26条の規定により、次のとおり開示決定等の期限を延長することとしましたので通知します。	
開示請求に係る保有個人情報の名称等	
条例第26条の規定（開示決定等の期限の特例）を適用する理由	
残りの保有個人情報について開示決定等をする期限	（ 年 月 日までに可能な部分について開示決定等を行い、残りの部分については、次に掲載する期限までに開示決定等を行う予定です。） 年 月 日
事務担当課	課（電話 ）

第三者意見照会書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長 印	
<p>に関する情報が含まれている保有個人情報について、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第19条第1項の規定による開示請求があり、当該保有個人情報について開示決定等を行う際の参考とするため、同条例第27条第1項の規定に基づき、御意見を伺うこととしました。</p> <p>つきましては、お手数ですが、当該保有個人情報を開示することにつき御意見があるときは、同封した「保有個人情報の開示決定等に関する意見書」を提出していただきますようお願いいたします。</p> <p>なお、提出期限までに意見書の提出がない場合には、特に御意見がないものとして取り扱わせていただきます。</p>	
開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示請求の年月日	年 月 日
開示請求に係る保有個人情報に含まれている（あなた、貴社等）に関する情報の内容	
意見書の提出先	課（電話 ）
意見書の提出期限	年 月 日

様式第7号(第15条第2項関係)

第三者意見照会書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長	
印	
<p> に関する情報が含まれている保有個人情報について、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第19条第1項の規定による開示請求があり、当該保有個人情報について開示決定等を行う際の参考とするため、同条例第27条第2項の規定に基づき、御意見を伺うこととしました。 つきましては、お手数ですが、当該保有個人情報を開示することにつき御意見があるときは、同封した「保有個人情報の開示決定等に関する意見書」を提出していただきますようお願いいたします。 なお、提出期限までに意見書の提出がない場合には、特に御意見がないものとして取り扱わせていただきます。 </p>	
開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示請求の年月日	年 月 日
条例第27条第2項第1号又は第2号の規定の適用区分及びその理由	適用区分 <input type="checkbox"/> 第1号、 <input type="checkbox"/> 第2号 (適用理由)
開示請求に係る保有個人情報に含まれている(あなた、貴社等)に関する情報の内容	
意見書の提出先	課(電話)
意見書の提出期限	年 月 日

第三者開示決定等意見書

年 月 日	
広域連合議会議長 <div style="text-align: right;"> (ふりがな) <u>氏名又は名称</u> <small>(法人その他の団体にあつては、その団体の代表者名)</small> </div> <div style="text-align: right;"> <u>住所又は居所</u> <small>(法人その他の団体にあつては、その主たる事務所の所在地)</small> </div>	
年 月 日付で照会のあった保有個人情報の開示について、次のとおり意見を提出します。	
開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示に関してのご意見	<input type="checkbox"/> 保有個人情報を開示されることについて支障がない。 <input type="checkbox"/> 保有個人情報を開示されることについて支障がある。 (1)支障(不利益)がある部分 (2)支障(不利益)の具体的理由
連絡先	
意見書の提出先	課(電話)

[記入方法]

1. 「開示に関してのご意見」

保有個人情報を開示されることについて「支障がない」場合、「支障がある」場合のいずれか該当する□にレ点を記入してください。

また、「支障がある」を選択された場合には、(1)支障がある部分、(2)支障の具体的理由について記載してください。

2. 「連絡先」

本意見書の内容について、内容の確認等をする場合がありますので、確実に連絡が取れる電話番号等を記載してください。

反対意見書に係る開示決定通知書

第 年 月 日 号 年 月 日	
様 広域連合議会議長 印	
から 年 月 日付けで「開示決定等に関する意見書」の提出がありました保有個人情報については、次のとおり開示決定しましたので、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第27条第3項の規定により通知します。	
開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示することとした理由	
開示決定をした日	年 月 日
開示を実施する日	年 月 日
事務担当課	課（電話 ）

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会議長に対して審査請求をすることができます。（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。）。

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合には、この決定があったことを知った日から6か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会を被告として（訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合議会を代表する者は広域連合議長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第10号(第17条関係)

開示の実施方法等申出書

第 年 月 日 号		
広域連合議会議長		
住所又は居所		
申出者 氏 名 印		
電 話 番 号		
長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第28条第3項の規定に基づき、次のとおり申出ます。		
保有個人情報開示決定通知書の番号等	文書番号 日 付	
開示請求に係る保有個人情報の名称等		
実 施 の 方 法	1 閲 覧	1 全部 2 一部 ()
	2 複写したものの交付	1 全部 2 一部 ()
	3 その他 ()	1 全部 2 一部 ()
開 示 の 実 施 を 希 望 す る 日	年 月 日 午前 ・ 午後	
「写しの送付」の希望の有無	有 : 同封する切手の額 円 無	

訂 正 請 求 書

年 月 日	
広域連合議会議長	
訂正請求者 住所又は居所 氏 名 電 話 番 号	
長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第32条第1項の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の訂正を請求します。	
訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報	開示決定通知書の文書番号： _____、日付： _____ 年 月 日 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等 _____
訂正請求の趣旨及び理由	(趣旨) (理由)
訂 正 請 求 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
請 求 者 本 人 確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ※請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。
本 人 の 状 況 等	(法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。) 1 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者(_____ 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 2 本人の氏名 ^{ふりがな} _____ 3 本人の住所又は居所 _____
法 定 代 理 人 が 請 求 す る 場 合	法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他(_____)
任 意 代 理 人 が 請 求 す る 場 合	委任代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(_____)

様式第12号(第20条関係)

訂 正 決 定 通 知 書

第 年 月 日 号 日	
様 広域連合議会議長	
印	
年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第34条第1項の規定により、次のとおり訂正することと決定したので通知します。	
訂 正 請 求 に 係 る 保 有 個 人 情 報 の 名 称 等	
訂 正 請 求 の 趣 旨	
訂 正 決 定 を す る 内 容 及 び 理 由	(訂正内容) (訂正理由)
事 務 担 当 課	課(電話)

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会議長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合には、この決定があったことを知った日から6か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会議会を被告として(訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合議会議会を代表する者は広域連合議長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

様式第 1 3 号(第 2 0 条関係)

非 訂 正 決 定 通 知 書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長 印	
<p>年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第 3 4 条第 2 項の規定により、訂正をしない旨の決定をしたので、次のとおり通知します。</p>	
訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
訂正をしないこととした理由	
事務担当課	課(電話)

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会議長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合には、この決定があったことを知った日から 6 か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会を被告として(訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合議会を代表する者は広域連合議長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から 6 か月以内であっても、決定の日から 1 年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

様式第14号(第21条関係)

訂正決定等期限延長通知書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長	
印	
<p>年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第35条第2項の規定により、次のとおり開示決定等の期限を延長することとしましたので通知します。</p>	
訂正請求に係る 保有個人情報の 名称等	
延長後の期間	日（訂正決定等期限 年 月 日）
延長の理由	
事務担当課	課（電話 ）

様式第15号(第22条関係)

訂正決定等期限特例延長通知書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長 印	
年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第36条の規定により、次のとおり開示決定等の期限を延長することとしましたので通知します。	
訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
条例第36条の規定(訂正決定等の期限の特例)を適用する理由	
訂正決定等を する期限	年 月 日
事務担当課	課(電話)

様式第16号(第23条関係)

保有個人情報提供先への訂正決定通知書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長	
印	
に提供している次の保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第33条の規定により訂正を実施しましたので、同条例37条の規定により通知します。	
訂正請求に係る 保有個人情報の 名称等	
訂正請求者の氏名 等保有個人情報を 特定するための情 報	(氏名、住所等)
訂正請求の趣旨	
訂正決定をする 内容及び理由	(訂正の内容) (訂正理由)
事務担当課	課 (電話)

利 用 停 止 請 求 書

年 月 日	
広域連合議会議長 請求者 住所又は居所 氏 名 電 話 番 号 長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第39条第1項の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の利用停止を請求します。	
利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報	開示決定通知書の文書番号： _____、日付： _____ 年 月 日 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報 _____
利用停止請求の趣旨及び理由	(趣旨) <input type="checkbox"/> 第1号相当 → <input type="checkbox"/> 利用停止、 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第2号相当 → 提供の停止 (理由)
訂正請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ※請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。
本人の状況等	(法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。) 1 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者(_____ 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 2 本人の ^{ふりがな} 氏名 _____ 3 本人の住所又は居所 _____
法定代理人が請求する場合	法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他(_____)
任意代理人が請求する場合	委任代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(_____)

様式第18号(第25条関係)

利用停止決定通知書

第 年 月 日 号 年 月 日	
様 広域連合議会議長 印	
年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第41条第1項の規定により、次のとおり利用停止することに決定したので通知します。	
利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
利用停止請求の趣旨	
利用停止決定をする内容及び理由	(利用停止決定の内容) (利用停止の理由)
事務担当課	課(電話)

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会議長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合には、この決定があったことを知った日から6か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会を被告として(訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合議会を代表する者は広域連合議長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

様式第19号(第25条関係)

非利用停止決定通知書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長	
印	
年 月 日付で利用停止請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第41条第2項の規定により、利用停止をしないことに決定したので、次のとおり通知します。	
利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
利用停止をしないこととした理由	
事務担当課	課(電話)

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会議長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合には、この決定があったことを知った日から6か月以内に、長崎県後期高齢者医療広域連合議会を被告として(訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合議会を代表する者は広域連合議長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

様式第20号(第26条関係)

利用停止決定等期限延長通知書

第 年 月 日 号	
様	
広域連合議会議長 印	
<p>年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第42条第2項の規定により、次のとおり利用停止決定等の期限を延長することとしましたので通知します。</p>	
利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
延長後の期間	日 (利用停止決定等の期限 年 月 日)
延長の理由	
事務担当課	課 (電話)

様式第21号(第27条関係)

利用停止決定等期限特例延長通知書

第 年 月 日	
様	
広域連合議会議長 印	
年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第43条の規定により、次のとおり利用停止決定等の期限を延長することとしましたので通知します。	
利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
条例第43条の規定（利用停止決定等の期限の特例）を適用する理由	
利用停止決定等をする期限	年 月 日
事務担当課	課（電話 _____）

様式第22号（第28条関係）

審 査 会 諮 問 通 知 書

第 年 月 日 号	
様 広域連合議会議長 印	
年 月 日付け広域連合議会議長に対する審査請求について、次のとおり長崎県後期高齢者医療広域連合情報公開・個人情報保護審査会に諮問したので、長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第45条第2項の規定により通知します。	
審査請求に係る保有個人情報の名称等	
審査請求に係る開示決定等（訂正決定等、利用停止決定等）	
審 査 請 求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求の趣旨
諮 問 日 ・ 諮 問 番 号	年 月 日 ・ 諮 問 号
事 務 担 当 課	課(電話)

(注1)「審査請求に係る開示決定等（訂正決定等、利用停止決定等）」の欄については、開示決定等（訂正決定等、利用停止決定等）の日付・記号番号、開示決定等（訂正決定等、利用停止決定等）をした者、開示決定等（訂正決定等、利用停止決定等）の種類、（開示決定、不開示決定等）を記載する。

(注2)「諮問日・諮問番号」の欄は、長崎県後期高齢者医療広域連合情報公開・個人情報保護審査会が付す番号である。