様式第１号

個人情報管理責任者設置等報告書

岩手県知事　　　　　　　　　　様

　特定医療費支給認定申請書（更新用）入力業務委託を実施するに当たり、次のとおり、個人情報管理責任者等を設置・指定したので報告します。

令和　　年　　月　　日

受託者

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 個人情報管理責任者 |  |  |  |
|  | 所　　　属 | 役　職 | 氏　　名 | 住　　　　　所 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ２ | 入力作業責任者 |  |  |  |
|  | 所　　属 | 役　職 | 氏　　名 | 住　　　　所 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ３ | 入力作業従事者 |  |  |  |
|  | 所　　属 | 役　職 | 氏　　名 | 住　　　　所 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |