

個人情報開示等請求書

東和薬品ヘルスケア株式会社御中

請求日

年

月

日

個人情報の開示等について以下の通り請求します。

請求内容		<input type="checkbox"/> 利用目的の通知（手数料がかかります）	<input type="checkbox"/> 開示（手数料がかかります）		
		<input type="checkbox"/> 訂正（項目）	<input type="checkbox"/> 追加（項目）	<input type="checkbox"/> 削除（項目）	
		<input type="checkbox"/> 利用停止	<input type="checkbox"/> 消去	<input type="checkbox"/> 第三者への提供停止	
		<input type="checkbox"/> 第三者提供記録の開示			
請求者		<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 代理人	
開示方法		<input type="checkbox"/> 書面		<input type="checkbox"/> データ	※開示方法は開示を請求される場合ご記入ください
本人	フリガナ				
	お名前				
	〒（ — ） 住所 TEL — — メールアドレス ※メールアドレスはデータでの開示を請求される場合ご記入ください				
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 印鑑証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 健康保険証			
	当社との関係 （具体的に お書き下さい）				
代理人	フリガナ				
	お名前				
	〒（ — ） 住所 TEL — —				
	代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 印鑑証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 健康保険証			
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
代理権確認書類		<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
請求に関わる個人情報の内容（出来るだけ具体的に記載してください）					
訂正・追加・削除	項目	内容（訂正前）		内容（訂正後・追加後）	
利用停止・消去	請求理由と内容 （具体的に お書き下さい）				

- ※ 該当する項目を全て黒のボールペンでご記入ください。
- ※ □の箇所には、該当する項目にチェック印を入れてください。
- ※ 本請求書により取得した個人情報は、請求の手続きのために利用します。
- ※ 本人確認書類及び代理人確認書類、代理権確認書類は手続き終了後速やかに廃棄します。