

# 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		
代理人	〒( - - - ) 住所 <span style="float: right;">TEL - - -</span> 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)			
	フリガナ お名前			
	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( )			
<b>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)</b>				
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。