

年 月 日

株式会社 協同医学研究所

品質管理部 個人情報保護 苦情相談窓口 行

保有個人データ開示等請求書

私は、本請求書に必要事項を記入・押印のうえ、所定の添付書類および手数料となる切手代を添えて、御社が保有する下記2.に記載した本人に関する保有個人データの開示等を請求します。

1. ご請求者（該当する□に✓印をつけてください）

<input type="checkbox"/> ご本人様	⇒下記2.に住所氏名などをご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 代理人様	⇒下記2.にご本人様の住所氏名などをご記入のうえ、併せて当社所定の委任状をご提出ください。		
	ご氏名		
	ご住所	〒	印
		TEL :	

2. ご請求の対象となるご本人様の情報

ご氏名	フリガナ				
	お名前				印
20歳未満の場合 (既婚者を除く)の同意欄	親権者・後見人 (続柄：ご本人様の)				印
生年月日	年 月 日	性別	男	女	
ご住所	〒				印
	TEL :				

※ 親権者・後見人が代理人として請求される場合は、同意欄への記入・押印は不要です。「1.代理人」の欄へ記入・押印してください。

※ 電話番号は、平日9時より17時までの間にご連絡できる携帯電話もしくは勤務先などをご記入ください。

(引き続き、裏面の開示等のご請求に関する事項をご記入ください)

[会社使用欄]

請求書記載内容			請求書受領日	苦情相談窓口
			年 月 日	
本人確認書類			通知書発送日	印
			年 月 日	
代理人確認書類	ご本人様印鑑登録証明書 □あり □なし	代理権確認書類 □あり □なし	代理人本人確認書類 □あり □なし	
手数料(切手)	□あり □なし		備考(「なし」の詳細等)	

回 答	<input type="checkbox"/> 開示等決定通知書	<input type="checkbox"/> 不開示等決定通知書	
-----	-----------------------------------	------------------------------------	--

3. 保有個人データの開示等の請求に関する事項

ご請求いただく「開示等」事項に下記が含まれている場合は、に✓印をつけてください。

特定個人情報(マイナンバーを含むもの) 要配慮個人情報(人種・信条・社会的身分・病歴・犯罪関係など)
次に、「開示等」事項のうち、該当するものを1つ選んで左欄に✓印をつけ、右欄にその内容をご記入ください。

・利用目的の通知をご請求いただく場合は、通知を希望する項目をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	利用目的	通知項目

・開示の場合は、開示を希望する項目をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	開示	開示項目

・訂正の場合は、事実が異なることの疎明資料を添付のうえ、訂正したい項目、訂正前・後の内容をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	訂正	訂正項目	内容(訂正前)	内容(訂正後)

・追加の場合は、追加が必要となる事由の疎明資料を添付のうえ、追加したい項目と追加したい内容をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	追加	追加項目	追加内容

・削除の場合は、削除が必要となる事由の疎明資料を添付のうえ、削除したい項目をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	削除	削除項目

・利用停止または消去の場合は、理由を具体的にご記入ください。

<input type="checkbox"/>	利用停止または消去	理由
		下記いずれかの <input type="checkbox"/> に✓印して、具体的にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 利用目的範囲外の利用 <input type="checkbox"/> 不適法または不適切な取得

・第三者提供停止の場合は、停止したい情報の項目、その提供先および提供方法をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	第三者提供禁	停止項目、提供先および提供方法
		下記いずれかの <input type="checkbox"/> に✓印して、具体的にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 利用目的範囲外の提供 <input type="checkbox"/> 不適法または不適切な提供