

個人情報開示等請求書

貴社が保有する個人情報について、以下の通り請求いたします。

請求日：

本人氏名	(フリガナ)		印
住所	〒 —		
電話番号	(自宅)	(勤務先)	
E-Mail			
本人確認書類	※次のうちいずれかの写し <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード		
代理人氏名	(フリガナ)		印
代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 親権者 (戸籍謄本・戸籍抄本等で本人との関係を証する書類) <input type="checkbox"/> 成年後見人 (登記事項証明書) <input type="checkbox"/> 未成年後見人 (登記事項証明書) <input type="checkbox"/> 任意代理人 (本人自署で実印を押印した委任状、印鑑証明書)		

請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 利用停止又は消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供停止
請求理由	※「利用目的の通知」又は「開示」以外を請求する場合は記入
請求詳細	

①本請求書 ②本人の場合は本人確認書類、代理人の場合は本人確認書類及び代理人確認書類 ③配達記録代を含む切手を添付した返信用封筒を同封のうえ、配達記録郵便にて下記までお送りください。お振込みの確認後1週間以内に郵送いたします。
 なお、ご提出頂いた書類は回答書をご送付する際に返却いたします。

【書類送付先】

〒105-0001 東京都港区虎ノ門3-8-21 虎ノ門33森ビル7F
 株式会社メディカルトリビューン 個人情報相談窓口

.....

【会社使用欄】	受付日： / /	部門対応日： / /	通知日： / /
	受付者：	担当者：	担当者：
		部門管理者：	