

保有個人データの利用目的通知・開示等請求書

年 月 日

大塚メディカルデバイス株式会社 個人情報保護担当者 行

「個人情報の保護に関する法律」第 27 条等に基づき、次のとおり請求します。

請求人 (ご本人)	住所 〒 ー	
	(フリガナ) 氏 名	電話 () ー
代理人 ※代理人請求の場合にご記入ください。	住所 〒 ー	
	(フリガナ) 氏 名	電話 () ー
ご本人(代理人)の 確認書類	ご本人確認書類は必ず 2 点必要となります。そのうち 1 点は必ず現住所が明記されているものをご提出願います。 <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し(本籍と住所が違う場合は本籍部分を伏せたもの) <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 印鑑証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳の写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カードの写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書の写し	
代理人の 追加確認書類 ※代理人請求で(ア)～(エ)に該当する場合	<input type="checkbox"/> (ア) 代理人が弁護士の場合： 弁護士番号 <input type="checkbox"/> (イ) 未成年者の法定代理人の場合： 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> (ウ) 成年被後見人の代理人の場合： 戸籍謄本と審判書の写し <input type="checkbox"/> (エ) 任意代理人の場合： ご本人の実印のある委任状とご本人の印鑑証明書	
返信用封筒	ご請求人または代理人のあて先を記入の上、420円切手を貼付(簡易書留代を含む)ただし、ご請求の内容が以下の場合は切手および返信用封筒不要 「内容の訂正等」、「利用停止または消去」、「第三者提供の停止」	

※請求の種類にチェックし、ご請求内容の詳細を右の欄にご記入ください。

請求の種類	請求内容
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	下記に関する個人情報の利用目的 ()
<input type="checkbox"/> 開示	請求人(ご本人)の下記に関する保有個人データの開示 ()
<input type="checkbox"/> 内容の訂正等	理由 () 訂正等の内容 ()
<input type="checkbox"/> 利用停止または消去	理由 () 利用停止等に関する内容 ()
<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	理由 () 第三者提供の停止に関する内容 ()
<input type="checkbox"/> 苦情・相談	()

※次の点について予めご了承ください。

- ・お電話にて内容のご確認をさせていただく場合があります。
- ・ご提出いただいた書類の返却はできません。弊社にて個人情報として大切に管理いたします。
- ・場合により、ご請求の内容に応じられない場合があります。