

保有個人データの利用目的通知・開示等請求書

Request Form for Notification of Purpose of Use and Disclosure of Retained Personal Data

年 月 日

(year) (month) (day)

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

To: Otsuka Medical Devices, Co., Ltd.

個人情報の保護に関する法律に基づき、次のとおり請求します。

I make the following request according to the Act on the Protection of Personal Information.

請求人(ご本人) Requester (Request Person)	住所 〒 — Address
	(フリガナ) 氏名 Full Name
代理人 / Agent ※代理人請求の場合にご記入ください ※Please fill in this section if request is made by Agent	住所 〒 — Address
	(フリガナ) 氏名 Full Name
ご本人(代理人)の確認書類 Required Documents for identification of Requester (Agent)	ご本人確認書類は 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。 TWO of the following documents are required for identification. Current address must be shown in one of them. <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) / Copy of Driver's License <input type="checkbox"/> パスポートの写し / Copy of Passport <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し / Copy of Health Insurance Card ※被保険者記号・番号、保険者番号(QRコード等含む)をマスキングしてください。 ※Please mask the insured person's symbol, number, and insurer number (including QR code, etc.). <input type="checkbox"/> 住民票 / Resident Record <input type="checkbox"/> 印鑑証明書 / Seal Registration Certificate <input type="checkbox"/> 年金手帳の写し / Copy of Pension Book <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カードの写し / Copy of Basic Resident Registration Card <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書(旧:外国人登録証明書)の写し / Copy of Special Permanent Resident Card
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 Additional Required Documents for Agent ※Please check the box, if any of four options apply.	<input type="checkbox"/> (ア) 代理人が弁護士の場合: 弁護士番号 If Agent is a lawyer, Lawyer Registration Number is required. <input type="checkbox"/> (イ) 未成年者の法定代理人の場合: 戸籍謄本 If Agent is a statutory agent of a minor, Transcript of a family register is required. <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 If Agent is that for an adult ward, Transcript of a family register and copy of the written tribunal decision are required. <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 If Agent is a privately appointed agent, A letter of mandate with requester's registered seal and seal registration certificate of the requester are required.
返信用封筒 Return Envelope	800円切手(簡易書留・配達証明料金を含む)を貼付した返信用封筒を同封ください ただし、ご請求の内容が、保有個人データの「内容の訂正等」、「利用停止または消去」、「第三者提供の停止」の場合、または「郵送によらない開示方法」をご指定の場合は、不要です。 Please enclose a return envelope with 800-yen stamp (incl. fees for registered mail etc.) Note: If your request is for "Correction, etc.," "Cease of Use or Deletion", or "Cease of the third-party provision" of retained personal data, or if you request the answer by e-mail, return envelope and stamp are not required.

※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。

Please check Types of request, and write the details of request on the right box.

請求の種類 Types of request	請求内容 Details of request
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 Notification of Purpose of use	下記の保有個人データの利用目的 ※請求の対象となる情報、データを可能な限り特定してご記入ください The purpose of use of retained personal data in below ※Please specify the applicable personal data which you would like to know, as much as possible. []
<input type="checkbox"/> 開示 Disclosure	下記の保有個人データ又は第三者提供記録の開示 ※請求の対象となる情報、データを可能な限り特定してご記入ください Retained personal data and the records on third-party provision in below. ※Please specify the applicable personal data which you would like us to disclose as much as possible. [] 開示方法の指定 / Request of Disclosure method <input type="checkbox"/> 開示内容を記載した紙面を上記ご本人様住所へ郵送する Mail, via post, the document containing the disclosure information to the address mentioned above. <input type="checkbox"/> 電磁的記録を電子メールにて〔(メールアドレス)]へ送付する Send electromagnetic record by e-mail at [(Please write an e-mail address.)]. <input type="checkbox"/> その他の方法 / Other Method [] (選択がない場合、郵送の方法により開示致します) (If no selection is made, we will send the disclosure information by mail.)
<input type="checkbox"/> 内容の訂正等 Correction etc.	理由 / Reason [] 訂正等の内容 / Details which you would like to correct etc. []
<input type="checkbox"/> 利用停止 または消去 Cease of Use or Deletion	理由 / Reason [] 利用停止等に関する内容 / Details which you would like to cease use or delete []
<input type="checkbox"/> 第三者提供の 停止 Cease of the third-party provision	理由 / Reason [] 第三者提供の停止に関する内容 / Details which you would like to cease the third-party provision []
<input type="checkbox"/> 苦情・相談 Complaints	[]

※次の点について予めご了承ください。 ※Please be noted the followings.

・お問い合わせ内容の確認のために当社よりご連絡を差し上げる場合があります

We may contact you for confirmation of your request.

・ご提出いただいた書類は返却しません。当社にて個人情報として大切に管理いたします。

Submitted documents will not be returned. We will treat them carefully as personal data in compliance with the rules and laws.