

個人情報の開示等の請求書

私は、個人情報保護法第 29 条に基づき、下記の事項を請求いたします。

郵送予定日を記載ください

記

ご本人確認書類の住所

請求日 (必須)	年 月 日
住所 (必須)	〒104-6004 東京都中央区晴海 1-8-10 晴海トリトンスクエア X-4F
氏名 (必須)	昭和 太郎 印
電話番号	03-1111-2222
FAX 番号	03-1111-3333
E-mail アドレス	taro.showa@minarismedical.com
当社との関係 (必須)	<input type="checkbox"/> 個人のお客様 (お買上製品名:)
	<input type="checkbox"/> お取引先の役員又は従業員の方 <input checked="" type="checkbox"/> 所属企業・団体名: ○○株式会社 当社関係事業所:
	<input type="checkbox"/> 株主
	<input type="checkbox"/> 当社従業員 (従業員番号:)
	<input type="checkbox"/> 退職者 (最後の所属事業所:)
	<input type="checkbox"/> その他 具体的にご記入ください。:
請求の内容 (必須)	<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"/> 利用停止又は削除
	<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止
請求の詳細	
請求の根拠 (必須)	(当社が個人情報を保有しているとお客様がお考えになる根拠) 新製品情報に関するメールマガジンが送られてくる。

当社より問い合わせさせていただきます
ただ場合がございました

できる限り詳しくご記載
ください

<注意事項>

1. 本人の確認書類の写しを添付願います。
2. 代理人が請求を行う場合には、①本人及び代理人の身分証明証の写し並びに②委任状を添付願います。
3. 利用目的の通知又は開示を請求される場合には、手数料をあらかじめお支払いいただき、手数料の支払いを証明する書類（銀行振込の場合には、ATMの振込証等）の写しを添付願います。
4. ご回答は、本人の身分証明書に記載の住所に本人限定受取郵便（特例型）で郵送いたします。
5. 本人請求書にご記入いただいた個人情報は、開示等を行うために必要な範囲で利用いたします。
6. 当社は、お客様の個人情報を検索した結果、お客様の個人情報を保有していない可能性が高く、グループ会社がおお客様の個人情報を保有している可能性がある場合、当該グループ会社に対し、お客様の個人情報の調査のため、本請求書にご記入いただいた個人情報を提供することがあります。