

開示等請求書

請求日：20 年 月 日

イミニ免疫薬粧株式会社 御中

個人情報保護法に基づき、以下のとおり請求します。

1. 開示等対象者

住所	〒	TEL	()
フリガナ		印	生年 月日
氏名			年 月 日

2. 請求者（請求をされる方）

<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 未成年または成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人（対象者との続柄： ）			
住所	〒	TEL	()
フリガナ		Eメール	
氏名		印	

3. ご請求の内容

<input type="checkbox"/> 1.個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 2.利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 3.第三者提供の記録の開示 <input type="checkbox"/> 4.個人情報の訂正 <input type="checkbox"/> 5.個人情報の消去 <input type="checkbox"/> 6.利用停止 <input type="checkbox"/> 7.第三者提供の停止
対象個人情報の種別

○対象個人情報の種別には、どのようなシーンで登録した個人情報かわかる範囲で具体的にご記入ください。

4. 「3. ご請求の内容」の受取方法及び手数料

受取方法	<input type="checkbox"/> 上記 1～3 の場合（本人確認書類に、手数料 1000 円分の切手をご同封ください） <input type="checkbox"/> 配達証明郵便 <input type="checkbox"/> Eメール ※その他、開示に伴う実費等が発生する場合は、あらかじめ別途ご連絡いたします。 <input type="checkbox"/> 上記 4～7 の場合、普通郵便(手数料は不要です)
------	---

○代理人からのご請求の場合であっても、原則として開示対象者ご本人に回答させていただきます。

(注意事項)

1. 太枠内をもれなく記入してください。また、□の欄には○印を記入してください。
2. 本人確認書類(「個人情報開示等の手続きのご案内」参照)が必要となります。
3. 書類に不備があった場合には、開示等に応じることができない場合がございます。
4. 本開示等請求により弊社が取得した個人情報は、ご請求へ適切に対応する目的で利用します。
5. 上記 4～7 のご請求へのご回答は、原則、郵送（普通郵便）にて行います。
6. 本請求書に関わる記録は、受付から 3 年間保管します。

弊社使用欄

受付日	担当者 (印)	回答日