

個人情報開示等請求書

請求日： 年 月 日

アニコム先進医療研究所株式会社 御中

請求者氏名： \_\_\_\_\_ 印

私は貴社が保有する個人情報について、個人情報保護法に基づき、以下のとおり開示等を請求します。

1. 請求内容

ふりがな 氏名		電話番号	
住所			
請求事項	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知(★)	<input type="checkbox"/> 開示(★)	<input type="checkbox"/> 訂正
	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 削除(一部項目の削除)	<input type="checkbox"/> 利用停止
請求理由 (具体的 にご記入 ください)	<input type="checkbox"/> 訂正	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止

■ご本人様の確認に必要な書類

運転免許証、健康保険証またはパスポートなど、公的機関が発行した書類の写しのいずれか一つ

2. 代理人（法定代理人、またはご本人が委任した任意代理人）によるご請求の場合

ふりがな 代理人の氏名		代理人電話番号	
代理人住所			
開示請求者との関係			

■代理人によるご請求に必要な書類

(1)代理人ご本人の確認書類（必須）

運転免許証、健康保険証またはパスポートなど、公的機関が発行した書類の写しのいずれか一つ

(2)代理人であること確認書類（①または②のいずれか）

①法定代理人：戸籍謄本、成年後見登記事項証明書の写しなど、法定代理権のあることが確認できる書類

②任意代理人：ご本人の委任状と印鑑登録証明書

●開示手数料

利用目的の通知または開示（上記★印欄）については手数料として800円（税込）をご負担いただきます。800円分の郵便定額小為替を提出書類に同封してください。郵便定額小為替のご購入のための料金および当社への郵送料はお客様にてご負担ください。利用目的の通知および開示以外のご請求の場合は、手数料は不要です。

●その他

本請求書にご記入いただいた個人情報は、上記手続きを行うために必要な範囲で利用します。

以上