

保有個人データに関する開示等請求書

(西暦) 年 月 日

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、貴社が保有する私の 個人データ の開示等 について、以下 の通り 請求します。

※□は、該当する項目にチェック (レ) してください

ご 請 求 人	請求対象となる「個人データの本人」を特定するための情報		
	(住 所) 〒 -		
	(氏 名) フリガナ	生年月日 (任意記載) 西暦 年 月 日	電話番号 (日中ご連絡可能な連絡先) - -
本人の確認書類	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他 () のコピー		
代 理 人	「代理人による請求」の場合のみ記入してください		
	(住 所) 〒 -		
	(氏 名) フリガナ	電話番号 (日中ご連絡可能な連絡先) - -	
請求の対象となる人との関係	法定代理人の場合	☐ 親権者 ☐ 成年後見人	
	任意代理人の場合	☐ 代理人 ☐ その他 ()	
関係を証明する書類	法定代理人の場合	☐ 戸籍謄本 ☐ 成年後見登記事項証明書	
	任意代理人の場合	☐ 委任状 (弊社書式にご本人の実印) および、ご本人の印鑑証明書	
代理人の確認書類	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他 () のコピー		

< 請求に係る個人情報の種類 >

請求項目	☐ ①利用目的の通知 ☐ ②データの開示 ☐ ③データの訂正 ☐ ④データの追加 ☐ ⑤データの削除 ☐ ⑥データの利用停止 ☐ ⑦データの消去 ☐ ⑧第三者提供の停止 ☐ ⑨第三者提供記録の開示		
請求理由 ※①、②、⑨の 場合は記入不要	③～⑤の請求	☐ データが事実でない ☐ 上記以外 ()	
	⑥～⑧の請求	☐ データの不適正な取得 ☐ 不適正な利用 ☐ 利用目的外での取扱い ☐ 利用する必要がなくなった ☐ 漏洩等が生じた ☐ 本人の権利、利益侵害のおそれ ☐ 上記以外 ()	
	⑨の請求	☐ 同意なく第三者へデータを提供した ☐ 同意なく外国の第三者へデータを提供した ☐ 上記以外 ()	
請求内容 ※上記③、④、⑤の 場合のみ記入	【③訂正の場合】	(1) 訂正項目 () (2) 訂正内容 訂正前 () 訂正後 ()	
	【④追加の場合】	(1) 追加項目 () (2) 追加内容 ()	
	【⑤削除の場合】	(1) 削除項目 () (1) 削除内容 ()	
ご希望の方法	☐ 書面による提供 ☐ メールによる送信 ☐ CD-ROM等の媒体に保存して郵送 ☐ その他 () (ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください)		
弊社記入欄 (回答内容)	☐ 別紙のとおりご回答します ☐ 完了いたしました (完了日: 年 月 日) ☐ 下記事由によりご請求には応じられません ☐ ご請求書類に不備があります (理由:) ☐ 請求対象となる個人情報ではありません ☐ ご本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがあります ☐ 当社の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼす恐れがあります ☐ 法令に違反します (法令名:) ☐ その他 ()		
ご回答日	年 月 日		
回答の郵送先	※請求人住所と同一の場合は記入不要です		

必要事項をご記入のうえ、必要な本人確認書類 (運転免許証、パスポートなどの公的書類のコピー 1 点) を添付し、一般書留または簡易書留での
返信手数料分の郵便切手を同封のうえ、弊社窓口宛に一般書留または簡易書留にてご郵送ください (郵送料は請求者ご負担となります)。

< 弊社窓口 >

〒613-0046

京都府久世郡久御山町大橋辺16番地10 株式会社 日本医学臨床検査研究所 総務部

(封筒に朱書きで、「開示等請求書 在中」とお書き添えください)