

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) 〒 -		
本人の確認書類	(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) - -
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 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) 〒 -		
請求の対象となる人との関係	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人	
	任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()	
関係を証明する書類	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書	
	任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 () のコピー		

< 請求に係る個人情報の種類 >

請求項目	<input type="checkbox"/> ①利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②開示 <input type="checkbox"/> ③訂正 <input type="checkbox"/> ④追加 <input type="checkbox"/> ⑤削除 <input type="checkbox"/> ⑥利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦消去 <input type="checkbox"/> ⑧第三者提供の停止
請求理由	③～⑤の請求 <input type="checkbox"/> データが事実でない <input type="checkbox"/> 上記以外 () ※①、②の場合は記入不要 ⑥、⑦の請求 <input type="checkbox"/> データの不正取得 <input type="checkbox"/> 利用目的外での取扱い <input type="checkbox"/> 上記以外 () ⑧の請求 <input type="checkbox"/> 同意なく第三者へデータを提供した <input type="checkbox"/> 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 ()
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)