

## 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(シ)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) カガナ	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 <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) 〒 -		
	(氏名) カガナ		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 <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		

&lt; 請求に係る個人情報の種類 &gt;

請求項目	<input type="checkbox"/> ①利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②データの開示 <input type="checkbox"/> ③データの訂正 <input type="checkbox"/> ④データの追加 <input type="checkbox"/> ⑤データの削除 <input type="checkbox"/> ⑥データの利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦データの消去 <input type="checkbox"/> ⑧第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> ⑨第三者提供記録の開示		
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、⑨の場合 は記入不要	⑥～⑧の請求 <input type="checkbox"/> データの不適正な取得 <input type="checkbox"/> 不適正な利用 <input type="checkbox"/> 利用目的外での取扱い <input type="checkbox"/> 利用する必要がなくなった <input type="checkbox"/> 漏洩等が生じた <input type="checkbox"/> 本人の権利、利益侵害のおそれ <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"/> 同意なく外国の第三者へデータを提供した <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )		
請求内容	【③訂正の場合】 (1) 訂正項目 ( ) (2) 訂正内容 訂正前 ( ) 訂正後 ( )		
※上記③、④、⑤の 場合のみ記入	【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	<input type="checkbox"/> 書面による提供 <input type="checkbox"/> メールによる送信 <input type="checkbox"/> CD-ROM等の媒体に保存して郵送 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 別紙のとおりご回答します <input type="checkbox"/> 完了いたしました (完了日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 下記事由によりご請求には応じられません <input type="checkbox"/> ご請求書類に不備があります (理由: ) <input type="checkbox"/> 請求対象となる個人情報ではありません <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 法令に違反します (法令名: ) <input type="checkbox"/> 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)。

&lt; 弊社窓口 &gt;

〒380-0918

長野県長野市アークス1-19 株式会社 北信臨床 総務経理部

(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)