

(会社記入欄)

# 個人情報開示等請求書

株式会社メディカルクリエイト 御中

受付日	
受付番号	

平成 年 月 日

※ 私は個人情報の開示等について次のとおり請求いたします。

請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 削除(項目)	
	<input type="checkbox"/> 訂正(項目)	<input type="checkbox"/> 追加(項目)	<input type="checkbox"/> 提供停止	
	<input type="checkbox"/> 利用停止	<input type="checkbox"/> 消去		
請求者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 代理人		
本人	フリガナ			
	お名前			
	〒 ー 住所			
	電話番号			
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し	<input type="checkbox"/> 年金手帳の写し	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> その他
代理人	フリガナ			
	お名前			
	〒 ー 住所			
	電話番号			
	代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し	<input type="checkbox"/> 年金手帳の写し	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> その他
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者	<input type="checkbox"/> 成年後見人	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他
代理権確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他	
請求にかかわる個人情報の内容 (できるだけ具体的に記載してください。)				
利用目的の通知				
個人情報				
訂正・追加・削除	項目	内容(訂正前・追加前・削除内容)	内容(訂正後・追加後)	
利用停止・提供停止・消去	理由			

※ ご記入にあたって ※

1. 必要事項は全て記入してください。
2. 本書にご記入いただいた個人情報は、ご請求への対応以外の目的では利用いたしません。
3. 本人確認書類及び代理人確認書類、代理権確認書類は手続き終了後速やかに廃棄いたします。

送付先 FAX: 郵送: 〒
----------------------

個人情報相談 対応責任者	担当者