

保有個人データ開示等請求書

年 月 日

有限会社メディカルトライシステム
個人情報お問い合わせ窓口 宛

1 請求者（該当する口にはレ印を記入してください。）

<input type="checkbox"/> 本人	(住所)
<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人	
<input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人	ふりがな
<input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人	(氏名)

請求者が代理人の場合は本人の氏名・住所も記載してください。

(住所)
ふりがな (氏名)

2 保有個人データの開示等の請求等に関する事項

請求の目的 (該当する口にはレ印を記入してください(複数可))	<input type="checkbox"/> 保有個人データの利用目的の通知 (手数料 800円) <input type="checkbox"/> 保有個人データの開示 (手数料 800円) <input type="checkbox"/> 保有個人データの内容の訂正・追加・削除 (手数料不要) <input type="checkbox"/> 保有個人データの利用停止、消去 (手数料不要) <input type="checkbox"/> 保有個人データの第三者提供の停止 (手数料 800円)
請求の対象となる保有個人データの名称、内容、その他請求に係る保有個人データを特定するに足りる事項	
決定のご連絡の方法	請求者住所へ決定通知文書を郵送いたします。