

保有個人データ開示等請求書委任状

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

私（委任者）は以下の者を代理人と定め、有限会社メディカルトライシステムが保有する私（委任者）の個人情報に関して以下の請求をいたします。

1 委任者（住所と氏名を記載した上、実印を押印してください。）

（住所）
ふりがな （氏名） 印

2 代理人（住所と氏名を記載してください。）

（住所）
ふりがな （氏名）

3 委任に関する事項（該当する口にはレ印を記入してください。複数可）

- 保有個人データの利用目的の通知
- 保有個人データの開示
- 保有個人データの内容の訂正・追加・削除
- 保有個人データの利用停止、消去
- 保有個人データの第三者提供の停止

（注）以下のいずれかの措置をとってください。

- ① 委任者の印については実印とし、印鑑登録証明書（ただし、開示請求の前 30 日以内に作成されたものに限り。）を添付する。
- ② 委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の複写物を添付する。