

## 保有個人データ等開示請求書

令和 年 月 日

第一三共ヘルスケア株式会社 行

請求者 住所 : (〒 - )

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

TEL : ( ) -

「個人情報の保護に関する法律」第33条第1項に基づき、貴社が保有している

( 私 (請求者が本人である場合)  
\_\_\_\_\_ (請求者が代理人の場合) ) の保有個人データについて、又は同法第33条  
 第5項に基づき、第三者提供記録について、次のとおり請求します。

請求事項	<input type="checkbox"/> 保有個人データの開示 <input type="checkbox"/> 第三者提供記録の開示
会社との関係	<input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 顧客 ( _____ に関する) <input type="checkbox"/> アンケート参加者 ( _____ に関する) <input type="checkbox"/> 会員 ( _____ に関する) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
開示を希望する 内容	
通知の送り先	<input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 - )  <input type="checkbox"/> e-mailアドレス _____
代理人の方が開示請求される場合は、以下の欄にもご記入ください。	
ご本人の状況等	ご本人の氏名 : _____ ご本人の住所 : <input type="checkbox"/> 請求者(代理人)の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所(〒 - )  ご本人の状況 : <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者