

## 保有個人データ利用目的通知請求書

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27条第2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、次のとおり  
請求します。

請求事項	保有個人データの利用目的
通知の郵送先	<input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 - ) _____
代理人の方が請求される場合は、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