

保有個人データ利用停止等請求書

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35条に基づき、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	<input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止
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 (_____)
利用停止等の理由	
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

※このご請求については、手数料は不要です。