

個人情報の開示・訂正・削除等請求書

ユースキン製薬株式会社
個人情報保護責任者宛

当 社 使 用 欄		
受付日：	年	月 日
対応日：	年	月 日
個人情報 保護責任者		受付

【ご請求者】

郵便番号：〒

住 所：

氏 名：

電話番号：（ ）

E-mail：

※代理人・法定代理人記入欄は下記にあります。

下記のとおり貴社保有の個人データの開示・訂正・削除等を請求します。

記

請求の 内容	請求区分	<input type="checkbox"/> 個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止・消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供停止 ※該当する□にレ印を記入して下さい。 ※個人情報の開示の場合は手数料(500 円切手)をいただきます。 (名称・内容等をできる限り具体的に記載してください。)
	請求する内容を 具体的に記入 して下さい。	
	本人確認のため に同封する書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 ※該当する□にレ印を記入して下さい。
代理人 および 法定代理 人請求の 場合	氏名	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 ※該当する□にレ印を記入して下さい。
	住所	
	委任状同封確認	<input type="checkbox"/> 委任状 ※代理人請求の場合は同封して下さい。
	確認のために同 封する書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 ※該当する□にレ印を記入して下さい。
開示結果受取について		※個人情報開示の場合は郵送事務手数料として 500 円郵便切手を同封して下さい。

委任状

作成日 年 月 日

ユースキン製薬株式会社
個人情報保護責任者宛

【ご請求者】

郵便番号：〒 —

住 所：

氏 名：

電話番号：（ ） —

E-mail：

(該当する□にレ印を記入して下さい。)

私の個人情報の

開示

訂正

追加

削除

利用停止・消去

第三者提供停止

に関する請求を、下記の者に委任します。

記

郵便番号：

住 所：

氏 名：

生年月日：

以上