**個人情報 苦情・相談窓口 宛**

|  |
| --- |
| **［FAX］**03-4565-6109 |
| **［TEL］**03-4565-6100 |
| **［E-mail］** privacy@medical-principle.co.jp |

**個人情報の開示等の依頼票**

貴社が保有している私の開示対象個人情報について、以下の対応を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| **依頼日時** |      年     月     日 |
| **［ 氏　名 ］** |       |
| **［ 住　所 ］** |       |
| **［電話番号］** |       |

|  |
| --- |
| 該当するものにチェック・記入 |
| **私の開示対象個人情報に関する依頼内容** | [ ] 　開示対象個人情報の開示[ ] 　利用目的の通知[ ] 　訂正（変更・追加）[ ] 　削除[ ] 　利用停止または提供停止 |
| **処理結果の報告方法** | [ ] 　E-mail（E-mailアドレスを記入）      [ ] 　郵便（郵送先住所を記入）　〒     　　     [ ] 　FAX（FAX番号を記入）　　      |
| **訂正する項目**[ ] 　住所　　[ ] 　電話番号[ ] 　FAX番号　　[ ] 　E-mailアドレス[ ] 　その他（　     　） | ［訂正の内容］      |

**《ご案内》**

|  |
| --- |
| **当社が保有する開示対象個人情報の開示、利用目的の通知、****訂正、削除または利用・提供の停止の手続き** |
| 1. 当社が保有する開示対象個人情報は、ご本人様からご請求がある場合、開示いたします。上記依頼票でご請求ください。当社に依頼票到達後３営業日以内に処理し、その旨ご通知申し上げます。
2. 当社が保有する開示対象個人情報の訂正（変更・追加）削除、利用停止又は第三者への提供の停止の請求は、上記依頼票でご請求ください。当社に依頼票到達後３営業日以内に処理し、その旨ご通知申し上げます。
3. 開示対象個人情報とは、当社が保有する個人情報のうち、開示等の求めに応じることができる権限を有するものをいいます。それ以外の個人情報については、開示等の求めに応じられませんのでご了解ください。
 |