

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	<input type="checkbox"/> 開示対象個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 訂正（変更・追加） <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止または提供停止
処理結果の報告方法	<input type="checkbox"/> E-mail (E-mail アドレスを記入) <input type="checkbox"/> 郵便 (郵送先住所を記入) 〒 <input type="checkbox"/> FAX (FAX 番号を記入)
訂正する項目 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX 番号 <input type="checkbox"/> E-mail アドレス <input type="checkbox"/> 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。