

書式3

保有個人データ訂正等請求書

年 月 日

第一三共バイオテック株式会社 行

請求者 住所 : (〒 -)

氏名 : _____ 印

TEL : () -

「個人情報の保護に関する法律」第29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 | 保有個人データの <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 |
| 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 (_____) |
| 訂正等の内容 | |
| 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。