

保有個人情報開示請求書

請求日 年 月 日

株式会社フジ医療器
お客様相談窓口 行

「個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)」第25条の規定に基づき、
下記の「保有個人データ」の開示を請求します。

本人(開示の対象者)

ご住所	(〒 -)		
(フリガナ)		生年月日	西暦 年 月 日
ご氏名	印	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号	() -	(<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 携帯電話)	
請求者本人 確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証写し <input type="checkbox"/> パスポート写し <input type="checkbox"/> 健康保険証写し <input type="checkbox"/> 年金手帳写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書写し <input type="checkbox"/> その他()		

情報開示について

開示の詳細	開示を請求する「保有個人データ」の内容等を具体的にご記入ください。
請求の根拠	当社が該当の個人情報を保有していると思われた根拠をご記入ください。
開示請求の理由	記入は任意です。

代理人に関する事項(※請求者が代理人の場合にご記入ください)

本人との関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人(親権者など)	<input type="checkbox"/> 本人から委託された者	
本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者(西暦 年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 成年被後見人	
ご住所	(〒 -)		
(フリガナ)		生年月日	西暦 年 月 日
ご氏名	印	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号	() -	(<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 携帯電話)	
請求者本人 確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証写し <input type="checkbox"/> パスポート写し <input type="checkbox"/> 健康保険証写し <input type="checkbox"/> 年金手帳写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書写し <input type="checkbox"/> その他()		

※本請求書にご記入いただいた個人情報は、開示請求への対応以外の目的では利用いたしません。