

## 保有個人情報利用目的通知請求書

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24条第2項の規定に基づき、  
下記の「保有個人データ」の利用目的通知を請求します。

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 ( )		

利用目的通知について

利用目的を 通知する保有 個人データ	出来るだけ具体的にご記入ください。
--------------------------	-------------------

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、利用目的通知請求への対応以外の目的では利用いたしません。