

保有個人情報訂正等請求書

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26条の規定に基づき、
下記の「保有個人データ」の訂正等を請求します。

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 ()		

ご請求について

	情報の名称	訂正前の情報内容	訂正後の情報内容
個人情報の 訂正			

	情報の名称	追加前の情報内容	追加後の情報内容
個人情報の 追加			

	情報の名称	削除前の情報内容	削除後の情報内容
個人情報の 削除			

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、訂正請求への対応以外の目的では利用いたしません。