

## 保有個人情報利用停止等請求書

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27条第1項の規定に基づき、下記の「保有個人データ」の利用停止等を請求します。

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<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |   |

ご請求について(請求の種類より、(1)~(3)の該当する項目にご記入ください)

|     | 請求の種類                   | 情報の名称(具体的にご記入ください) | 請求の理由 |
|-----|-------------------------|--------------------|-------|
| (1) | 個人情報の<br>利用停止           |                    |       |
| (2) | 個人情報の<br>消去             |                    |       |
| (3) | 個人情報の<br>第三者への提供<br>の停止 |                    |       |

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<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |   |

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