

# 保有個人データの利用目的通知・開示等請求書

年 月 日

ブリストル・マイヤーズ株式会社

個人情報お問合せ窓口 行

請求人は、「個人情報の保護に関する法律」第24条等に基づき、次の通り請求します。

<b>請求人</b> ( 本人 )	住所 〒 -	
	氏名 (フリガナ)	電話 ( ) -
<b>代理人</b> (代理人が請求される 場合のみご記入下さい)	住所 〒 -	
	氏名 (フリガナ)	電話 ( ) -
<b>必要提出書類</b> (提出される書類にチ ェックをして下さい)	<b>&lt;必須書類&gt;</b> <input type="checkbox"/> 本人の住民票 及び 本人に関する下記の書類をいずれか1つ <input type="checkbox"/> 運転免許証 (写) <input type="checkbox"/> 健康保険証 (写) <input type="checkbox"/> パスポート (写) ※ 提出書類は、本人確認のために使用致します。本人確認後、当社が責任を持って破棄 いたします。	
	<input type="checkbox"/> ※ 代理人が請求される場合には、代理人に関する下記の書類も必要です。 <b>請求者が代理権を有することを確認するための書類</b> ＜法定代理人の場合＞ <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 又は <input type="checkbox"/> 健康保険証 (写) (但し、扶養家族の欄に本人が記載されている場合に限る。) ＜任意代理人の場合＞ <input type="checkbox"/> 委任状 及び <input type="checkbox"/> 本人の印鑑証明書 <b>請求者が代理人であることを確認するための書類</b> <input type="checkbox"/> 代理人の住民票 及び 代理人に関する下記の書類をいずれか1つ <input type="checkbox"/> 運転免許証 (写) <input type="checkbox"/> 健康保険証 (写) <input type="checkbox"/> パスポート (写) ※ 提出書類は、代理権及び代理人確認のために使用致します。代理権及び代理人確認後、 当社が責任を持って破棄いたします。	

<p><b>請求項目</b></p>	<input type="checkbox"/> 医療関係者情報 <input type="checkbox"/> 取引先情報 <input type="checkbox"/> 従業員情報 <input type="checkbox"/> その他：	
<p><b>請求の種類</b>  (該当項目にチェックをして下さい)</p>	保有個人データの <input type="checkbox"/> ①利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②開示 <input type="checkbox"/> ③訂正 <input type="checkbox"/> ④追加 <input type="checkbox"/> ⑤削除 <input type="checkbox"/> ⑥利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦消去 <input type="checkbox"/> ⑧第三者提供停止	
<p><b>請求理由</b>  (請求の種類が①または②の場合には、ご記入いただく必要ありません)</p>	<p><b>請求の種類</b></p>	<p><b>請求理由</b></p>
	<p>③、④、⑤の場合</p>	<input type="checkbox"/> データが事実でない <input type="checkbox"/> 上記以外：
	<p>⑥、⑦の場合</p>	<input type="checkbox"/> データが不正に取得された <input type="checkbox"/> 利用目的外で取り扱われた <input type="checkbox"/> 上記以外：
<p><b>請求内容</b>  (請求の種類が③、④または⑤の場合のみご記入ください)</p>	<p><b>③保有個人データの訂正</b></p> 1. 訂正項目：  2. 訂正内容 (1) 訂正前： (2) 訂正後：	
	<p><b>④保有個人データの追加</b></p> 1. 追加項目：  2. 追加内容：	
	<p><b>⑤保有個人データの削除</b></p> 1. 削除項目：  2. 追加内容：	