

個人情報の開示等の依頼票

FAX 03-6858-6101
個人情報 苦情・相談窓口宛
電話 03-6858-6100
e-Mail privacy@medical-principle.co.jp

貴社が保有している私の開示対象個人情報について、下記の対応を依頼します。

年 月 日

ご氏名 _____ :
ご住所 _____ :
お電話番号 _____ :

私の開示対象個人情報に関する依頼内容 - 依頼事項を _____ で囲んでください	・開示対象個人情報の開示 ・利用目的の通知 ・訂正（変更・追加） ・削除 ・利用停止または提供停止
処理結果のご報告方法 - 通知方法を _____ で 囲み、通知先をご記入ください。	・e-Mail (_____) ・郵便 ・Fax
訂正の内容 - _____ で囲んでください ・ご住所 _____ ・電話番号 _____ ・Fax 番号 _____ ・e-Mail _____ ・その他 _____	内容をご記入ください

ご案内：当社が保有する開示対象個人情報の開示、利用目的の通知、訂正、削除又は利用・提供の停止の手続き

当社が保有する開示対象個人情報は、ご本人様からご請求がある場合、開示いたします。上記依頼票でご請求ください。当社に依頼票到達後 3 営業日以内に処理し、その旨ご通知申し上げます。

当社が保有する開示対象個人情報の訂正（変更・追加）削除、利用停止又は第三者への提供の停止の請求は、上記依頼票でご請求ください。当社に依頼票到達後 3 営業日以内に処理し、その旨ご通知申し上げます。

開示対象個人情報とは、当社が保有する個人情報のうち、開示等の求めに応じることができる権限を有するものをいいます。それ以外の個人情報については、開示等の求めに応じられませんのでご了解ください。