

請求日 令和 年 月 日

株式会社 ヘルスケア・サポート 殿

個人情報開示・訂正・利用停止等請求書

私は、開示対象個人情報に関する本人の権利に基づき、貴社が保有する私の個人情報について、必要書類及び手数料を添えて次のとおり請求いたします。

【請求者】 ※本人の場合は「実印」、代理人の場合は「認印」を押印してください。

ふりがな 氏名				(印)
住所	〒			
電話番号		本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人(親族) <input type="checkbox"/> 代理人(第三者)	

(1) 本人(開示の対象者)に関する事項

ふりがな 氏名				
住所	〒			
電話番号		生年月日	年	月 日

(2) 請求区分

<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 訂正	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知
<input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 利用停止	<input type="checkbox"/> 消去	<input type="checkbox"/> 第三者への提供停止

(3) 請求内容 具体的請求内容をご記入ください。

--

(4) 請求理由 (記入は任意)

--

(5) その他通信事項

--