

## 保有個人データ訂正等請求書

令和 年 月 日

第一三共ヘルスケア株式会社 行

請求者 住所 : (〒 - )

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

TEL : ( ) -

「個人情報の保護に関する法律」第34条に基づき、貴社が保有している

私 (請求者が本人である場合)  
\_\_\_\_\_ (請求者が代理人の場合)

の保有個人データについて、次のとおり請求します。

請求事項	保有個人データの <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
会社との関係	<input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 顧客 (_____に関する) <input type="checkbox"/> アンケート参加者 (_____に関する) <input type="checkbox"/> 会員 (_____に関する) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
訂正等の内容	
通知の郵送先	<input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所(〒 - ) _____
代理人の方が開示請求される場合は、以下の欄にもご記入ください。	
ご本人の状況等	ご本人の氏名 : _____ ご本人の住所 : <input type="checkbox"/> 請求者(代理人)の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所(〒 - ) _____ ご本人の状況 : <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者

※このご請求については、手数料は不要です。