

請求年月日 平成 年 月 日

保有個人データ開示申請書

株式会社 学研メディカルサポート 御中

(請求者) 住所 〒

氏名

電話番号 ()

1 請求の内容の区分	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 追加・削除
2 請求者の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任による代理人
3 個人情報の本人の住所・氏名 (代理人請求の場合のみ記入)	
4 個人情報の内容	※ 当社のどのようなサービス・商品に係る個人情報についての請求かがわかればご記入してください。(例：平成〇〇年度発行の雑誌「〇〇」の申込書、など)
5 利用目的の通知, 開示, 内容の訂正, 追加又は削除, 利用の停止, 消去及び第三者への提供の停止の内容 (該当する項目に○をする)	

以下は本申請先の会社（以下、当社）が使用します

個人情報保護管理者承認欄	<input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません（理由： ）
本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ）
代理権の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ）
処理欄	年 月 日受付（担当者 (部)）