

個人情報の開示等の依頼票

FAX: 03-5468-5310

個人情報 苦情・相談窓口宛

電話: 03-5468-5300

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 _____ :

<p>■ 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</p>	<ul style="list-style-type: none">・ 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
<p>■ 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。</p>	<ul style="list-style-type: none">・ e-Mail・ 郵便・ Fax
<p>■ 訂正の内容 － ○で囲んでください</p> <ul style="list-style-type: none">・ ご住所・ 電話番号・ Fax 番号・ e-Mail・ その他	<p>内容をご記入ください</p>

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

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。