

個人情報 苦情・相談窓口 宛

[FAX] 03-4565-6109

[TEL] 03-4565-6100

[E-mail] [privacy@medical-principle.co.jp](mailto:privacy@medical-principle.co.jp)

個人情報の開示等の依頼票

貴社が保有している私の開示対象個人情報について、以下の対応を依頼します。

依頼日時 年 月 日

[氏名]

[住所]

[電話番号]

該当するものにチェック・記入

|   |  |
|---|--|
| <p>私の開示対象個人情報に関する依頼内容</p>   | <p><input type="checkbox"/> 開示対象個人情報の開示</p> <p><input type="checkbox"/> 利用目的の通知</p> <p><input type="checkbox"/> 訂正（変更・追加）</p> <p><input type="checkbox"/> 削除</p> <p><input type="checkbox"/> 利用停止または提供停止</p> |
| <p>処理結果の報告方法</p>  | <p><input type="checkbox"/> E-mail (E-mail アドレスを記入)</p> <p><input type="checkbox"/> 郵便 (郵送先住所を記入)</p> <p>〒</p> <p><input type="checkbox"/> FAX (FAX 番号を記入)</p>   |
| <p>訂正する項目</p> <p><input type="checkbox"/> 住所    <input type="checkbox"/> 電話番号</p> <p><input type="checkbox"/> FAX 番号    <input type="checkbox"/> E-mail アドレス</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (            )</p> | <p>[訂正の内容]</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、削除または利用・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。