

FAX : 03-6450-2850

住所 : 〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿 1-20-4 Sreed EBISU 5 階

株式会社メディプラス製薬 宛

## 個人情報開示等要求書

開示要求者

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

以下の通り保有個人情報の開示等を要求します。

### ■開示要求の内容（要求の内容に「✓」をつけてください。）

個人情報の利用目的の通知

個人情報の開示

個人情報の訂正

個人情報の削除

第三者への提供の停止

その他（下に具体的な内容をお書きください。）

### ■開示要求者（該当する要求者に「✓」をつけてください。）

本人

代理人(代理人による要求の場合「本人」の氏名および住所を記入してください。)

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

### ■本人確認のお願い（希望する方に「✓」をつけてください。）

開示要求を行うにあたり、お客様の個人情報を安全に取り扱うため、また第三者による不正な開示等を防ぐために本人確認をお願いしております。本人確認の方法は下記のどちらかを選択できます。なお提出いただきました書類は、弊社確認後速やかに抹消いたします。

簡易書留の受取による確認

「個人情報開示等要求書」を親展または簡易書留にてご郵送致します。そちらをお受け取りの上、必要事項をご記入後ご返送いただきます。その受取りを持って本人確認となります。

本人確認書類（コピー）提出による確認

「個人情報開示等要求書」及び本人を確認するための書類(運転免許証、旅券等)のコピーをご提出していただくことで本人確認となります。

※代理人の場合は、それぞれの書類に加え、代理人の地位を証明する書類（本人の委任状）及び代理人を確認するための書類（運転免許証、旅券等）のコピーが必要となります。