

個人情報開示申請書

株式会社 東北メディカルエイドサービス 御中

※ 太枠内にご記入をお願い致します。

貴社の保有する個人情報について、次のとおり開示を求めます。

申請者記入欄				
フリガナ		印	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 申請者氏名(本人)			生年月日	年 月 日生
<input type="checkbox"/> 現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL	-	-
	(都・道・府・県)			

代理人記入欄				
フリガナ		印	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 代理人氏名(本人)			生年月日	年 月 日生
<input type="checkbox"/> 代理人現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL	-	-
	(都・道・府・県)			
<input type="checkbox"/> 代理権	法定代理・委任代理	申請者との続柄		

代理人により要求の場合、代理人現住所に回答を送付いたします。申請者本人が記入される場合、本欄への記入は必要ありません。

開示を求める範囲 (※可能な限り分かりやすい名称(関係された弊社業務名など)で記載してください。)

本人確認書類 (※本籍地が記載されている場合は、塗りつぶしてご提出ください。)	
請求者確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 学生証の写し <input type="checkbox"/> 日本国の旅券の写し <input type="checkbox"/> それ以外()
代理権確認書類	<input type="checkbox"/> 代理人本人を確認する書類()
	<input type="checkbox"/> 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 保険証の写し <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 委任代理人の場合 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他()

【個人情報のお取扱いについて】

本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は、開示等の請求への対応(本人確認、社内における個人情報の確認、回答の送付)のためにのみ利用いたします。個人情報の取扱いの委託を含む提供は一切いたしません。本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は回答終了した後、2年間保管しその後廃棄いたします。保管期間中における開示等の求めについて対応いたします。上記の個人情報の提供は必須となります。ご提供いただけない情報がある場合、開示等の求めに対応することができませんのでご了承下さい。

本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は、
【株式会社東北メディカルエイドサービス 個人情報保護管理者 山口 進】(TEL 022-212-3334)が管理いたします。

..... 下記は弊社記入欄となります。記入いただく必要はありません。

管理番号 : 開- -

