

# 個人情報利用目的通知申請書

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、次のとおり個人情報の利用目的の通知を請求します。

申請者記入欄			
フリガナ		印	
<input type="checkbox"/> 申請者氏名(本人)			
<input type="checkbox"/> 現住所 (回答送付先)	〒	TEL	
	(都・道・府・県)		

利用目的の通知を請求する個人情報を記載してください

### 【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請求等について対応いたします。

第三者提供記録について、下記に該当する場合には開示いたしません。

①当該個人データ又は当該第三者提供記録の存否が明らかになることによって、本人又は第三者の生命、身体又は財産に危害が及ぶおそれのあるもの

②当該個人データ又は当該第三者提供記録の存否が明らかになることによって、違法又は不当な行為を助長する、又は誘発するおそれのあるもの

③当該個人データ又は当該第三者提供記録の存否が明らかになることによって、国の安全が害されるおそれ、他国若しくは国際機関との信頼関係が損なわれるおそれ又は他国若しくは国際機関との交渉上不利益を被るおそれのあるもの

④当該個人データ又は当該第三者提供記録の存否が明らかになることによって、犯罪の予防、鎮圧又は捜査その他の公共の安全及び秩序維持に支障が及ぶおそれのあるもの

ご提供いただけない情報がある場合、開示等の請求など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 小原 貴志】(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。 .....

