

【開示対象個人情報 開示依頼書】

株式会社ユビキタス・メディカルズ 個人情報相談窓口 宛

(提出年月日)

年 月

■ I. 開示依頼先

株式会社ユビキタス・メディカルズ

■ II. 本人 請求される方を、以下の欄にご記入ください(*の項目は必須項目になります)

(ふりがな) 氏名*		生年月日*	年	月	日
		電話番号*	()	-	
住所*	〒				
メールアドレス	@				

■ III. 代理人 代理人が請求する場合、以下の欄にご記入ください。(*の項目は必須項目になります)

(ふりがな) 氏名*		生年月日*	年	月	日
		電話番号*	()	-	
住所*	〒				
メールアドレス	@				

■ IV. 開示請求者がご本人又は代理人であることを当社が確認するために、合理的と判断した証明書類等(運転免許証の写し、パスポートの写し、公的書類の写し等)をご提出ください。

開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人
請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
代理人が請求する場合の確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状(本人印のあるもの)ならびに、代理人の本人確認書類の両方

■ V. 必要項目のボックスにチェックを入れて下さい(*の項目は必須項目になります)

ご依頼項目*	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 個人情報に関する以下の情報の訂正、追加、削除 ・該当する情報 ・旧 : ・新又は追加
	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用の停止、消去及び第三者への提供の停止

ご注意事項(必ずお読みください)

※ご郵送前に、本書の記入漏れがないこと、ご本人確認資料、返信郵送用切手(簡易書留郵便440円分)が揃っていることをご確認下さい。
 ※個人情報の利用目的の通知及び開示に関しましては、当社への郵送料及び返信郵送用切手料金は依頼者にご負担いただきます。
 ※ご本人確認書類は、氏名および住所と同一の氏名および住所が記載されている運転免許証の写し、パスポートの写し、公的書類の写し等、当社がご本人を確認するために合理的と判断した証明書類等の写しが必要になります。
 ※ご本人確認書類は、氏名、現住所、生年月日以外の情報がわからないように塗りつぶしてください。
 ※郵送頂きました封筒及びご本人確認書類は、ご本人の確認ができ次第情報漏洩防止措置を講じ廃棄いたします。
 ※削除をご依頼戴いたお客様へのメール配信等は、ご本人の確認次第停止させて頂きますが、停止するまで多少お時間がかかることがありますので、ご了承下さい。

《 以下は当社記入欄です 》

受付日時	年 月	受付No.	- -	<input type="checkbox"/> 返信郵送用切手(440円分)
確認書類	<input type="checkbox"/> ①運転免許証 <input type="checkbox"/> ②パスポート <input type="checkbox"/> ③その他()			
コメント		窓口責任者	窓口担当者	個人情報総括責任者
		印	印	印