

請求書 A

保有個人データの開示等請求書

平成 年 月 日

アボットメディカルジャパン合同会社 個人情報相談窓口 宛

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、次のとおり請求します。

請求者 (本人)	(住所) 〒 —	
	(氏名)フリガナ	TEL () —
代理人 (代理人請求の場合 にご記入下さい)	(住所) 〒 —	
	(氏名)フリガナ	TEL () —
請求に係わる 個人情報の種類	<input type="checkbox"/> 医師、歯科医師、薬剤師、臨床検査技師、薬局・薬店その他医療関係者の情報 <input type="checkbox"/> カスタマーサポートセンター、くすり相談室、その他の会社窓口の利用者の情報 <input type="checkbox"/> 取引先情報 <input type="checkbox"/> 採用応募者情報 <input type="checkbox"/> 当社社員情報(退職者含む)	
請求事項	<input type="checkbox"/> ①利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②開示 <input type="checkbox"/> ③訂正 <input type="checkbox"/> ④追加 <input type="checkbox"/> ⑤削除 <input type="checkbox"/> ⑥利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦消去 <input type="checkbox"/> ⑧第三者提供の停止	
請求理由 (但し、①②の場合 は記入不要)	③～⑤の請求	<input type="checkbox"/> データが事実でない <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
	⑥、⑦の請求	<input type="checkbox"/> データの不正取得 <input type="checkbox"/> 利用目的外での取扱い <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
	⑧の請求	<input type="checkbox"/> 同意なく第三者へデータを提供した <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
請求内容 (上記③～⑤の場合 のみご記入下さい)	【③訂正の場合】	
	(1) 訂正項目	
	(2) 訂正内容	訂正前 () 訂正後 ()
【④追加の場合】		
(1) 追加項目 ()		
(2) 追加内容 ()		
【⑤削除の場合】		
(1) 削除項目 ()		

(注) 請求に際しては、本人または代理人であることが確認できる書類の提出が必要です。

開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めに必要な範囲内において取り扱うものとさせていただきます。