

オムロンヘルスケア(株)

行

個人情報開示等請求書

私は貴社が保有する「開示対象個人情報」に関し以下の通り請求を行います。また、本請求書に記載または添付される個人情報が、4.「個人情報の取り扱いについて」に基づき利用されることに同意します。

【ご請求者様署名又は記名・捺印】

_____ ㊟

1. 請求内容

(1) ご請求日	年 月 日	
(2) ご請求項目	ご請求される項目にチェックして下さい。	
	<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知
	<input type="checkbox"/> 訂正	<input type="checkbox"/> 利用停止
	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止
	<input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 消去
(3) 対象となる個人情報	下記いずれもできる限り具体的にご記入下さい。	
	ご提供頂いた時期	
	ご提供手段 (例:アンケート葉書等)	
	ご提供頂いた情報の内容	
	備考 / その他	
(4) ご請求理由及び訂正等の具体的内容	ご請求理由*	
	*例（「利用目的の通知」の場合）： 貴社からダイレクトメールが送付されるが、通知された利用目的に記載があったか確認したい。	

訂正・追加・削除をご請求の場合、下欄も併せてご記入下さい。		
	訂正・追加・削除前 の文言	訂正・追加・削除後 の文言
訂正		
追加		
削除		

2. ご本人様の情報

(1)氏名	フリガナ
(2)住所	〒
(3)電話番号※	
ご本人様確認書類 注)	添付される書類にチェックして下さい（下記いずれか1つ）。 <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し， <input type="checkbox"/> 旅券の写し， <input type="checkbox"/> 住民票写しの原本（発行日から6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 印鑑証明書の原本（発行日から6ヶ月以内で且つ氏名欄に実印押印される場合）， <input type="checkbox"/> 在留カードの写し

※本請求書の内容でご確認を要する場合等にお電話致します。

3. 代理人様の情報（以下は代理人様によるご請求の場合のみご記入下さい。）

氏名	フリガナ
住所	〒
電話番号	
ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人からの委任 <input type="checkbox"/> 親権者
代理権確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状と印鑑証明書（発行日から6ヶ月以内で且つ氏名欄に実印押印される場合）， <input type="checkbox"/> 戸籍謄本
代理人様確認書類	添付される書類にチェックして下さい（下記いずれか1つ）。 <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し， <input type="checkbox"/> 旅券の写し， <input type="checkbox"/> 住民票写しの原本（発行日から6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 印鑑証明書の原本（発行日から6ヶ月以内で且つ氏名欄に実印押印される場合）， <input type="checkbox"/> 在留カードの写し

4. 個人情報の取り扱いについて

本請求書で頂いた個人情報は、個人情報の開示等請求の対応のため利用致します。

5. ご留意事項

誤記・記入漏れのある場合や、確認書類写しが添付されていない場合、ご請求をお受けできないことございます。