利用目的通知申請書

積水メディカル株式会社
総務人事部総務グループ　御中

私は、以下の通り、貴社が保有している私（代理人による申請の場合には、申請の目的となる対象者本人のことをいいます。以下同じ）※の個人データの利用目的の通知を請求致します。

※代理人による申請の場合、本人の　ご住所：
お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日：大・昭・平　　年　　月　　日
お電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2.　私と貴社との関係

☐ 医師　　☐ 研究者
☐ 臨床検査技師　　☐ 特約店等の取引先関係者
☐ その他医療関係者　　☐ その他（　　）

3.　貴社に対する私の個人情報提供時期及び提供方法（例：アンケート用紙に回答、貴社に対し手紙送付、営業担当者に口頭で提供等）

☐　　年　　月　　日頃（複数回に亘る場合にはできる限り全て記載）
提供方法：

☐ 不明

3. 回答書受領方法（希望される受領方法をお選び下さい。）

☐ 郵送（切手を貼付した返信用封筒が必要です。）
☐ 受付窓口（本社）における直接引き渡し

年　　月　　日

ご住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
生年月日：大・昭・平　　年　　月　　日
お電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿