

保有個人データ・第三者提供記録 開示請求書

積水メディカル株式会社

人事統括部 総務グループ 宛

個人情報の保護に関する法律の規定に基づき、以下のとおり、保有個人データ等の開示を請求します。

ご請求日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

1. ご請求者の情報

<ご請求者（ご本人または代理人）>

住所： _____

氏名： _____ ⑩

生年月日： 大・昭・平 _____ 年 ____ 月 ____ 日

電話番号： _____

メールアドレス： _____

<代理人による請求の場合は、下記の欄もご記入ください。>

本人の住所： _____

本人の氏名： _____

生年月日： 大・昭・平 _____ 年 ____ 月 ____ 日

電話番号： _____

メールアドレス： _____

回答書の送付先： ご本人への送付 代理人への送付

2. 本人と当社との関係（該当する項目を☑してください。）

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. 開示請求の対象（該当する項目を☑してください。）

保有個人データ

個人データの第三者提供記録

4. 開示請求の理由（明確かつ簡潔に記載してください）

5. 開示請求の対象となる保有個人データまたは第三者提供記録を特定する事項（個人データ等が記載されている文書等の名称、当社に提供した個人情報の内容、提供の経緯、提供時期および提供方法などをできるだけ具体的に記載してください。）

提供の経緯等： _____

提供時期： _____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： _____
（例：アンケート用紙に回答、当社に対し手紙を送付、営業担当者に口頭で提供等）

6. 開示の方法（ご希望の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

電磁的記録の提供による方法（原則として電子メールにてお送りします。）

※ 電磁的記録による開示が困難な場合には、書面による開示とさせていただく場合がございます。

【記載に当たっての注意事項】

- お名前とご住所は回答書等を送付する宛先になりますので、正確にご記入願います。連絡等を行う際に必要になりますので、電話番号またはメールアドレスのいずれか一方はご記入ください。
- 上記「6. 開示の方法」にて、「電磁的記録の提供による方法」をご希望の場合は、メールアドレスを必ずご記入ください。

【個人情報の取扱いについて】

- ご請求に伴い提出いただいた請求書、ご本人及び代理人の証明書類等に記載の個人情報は、ご請求への対応およびご請求手続きに関する当社からの連絡以外の目的では利用いたしません。
- ご提出いただいた請求書および本人確認書類等の返却はいたしませんので、ご了承ください。