

利用目的通知申請書

積水メディカル株式会社
経営企画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

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 研究者 |
| <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 | <input type="checkbox"/> 特約店等の取引先関係者 |
| <input type="checkbox"/> その他医療関係者 | <input type="checkbox"/> 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

4. 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： _____ ⑩
生年月日： 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
お電話番号： _____