

## 訂正・利用停止・第三者提供停止等申請書

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）※の個人データについて、以下の通り請求致します。

※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： \_\_\_\_\_

### 1. 請求内容

- 訂正、追加または削除
- 利用停止または削除
- 第三者への提供停止

### 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. 上記1を請求する私の個人データの利用目的（例：製商品等の適正使用等に関する情報の提供・収集、営業担当者による製商品の学術情報の提供等）

### 4. 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

5. 請求理由

個人データの内容が事実と反しているため

(訂正、追加または削除請求の場合のみ選択の対象)

貴社のデータ内容：

正しいデータ内容：

私の同意なく目的外利用しているため (利用停止または消去請求の場合のみ選択の対象)

不正の手段で取得されたデータであるため

(利用停止または消去請求の場合のみ選択の対象)

私の同意または同意に代わる公表等なく第三者提供しており、それによって

\_\_\_\_\_のため

(第三者への提供停止請求の場合のみ選択の対象。必ず、空欄部分に影響等をご記入下さい。)

貴社の公表に基づく第三者への提供停止を希望するため

(第三者への提供停止請求の場合のみ選択の対象)

6. 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： \_\_\_\_\_ (印)

生年月日： 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お電話番号： \_\_\_\_\_