

# 個人情報に関する請求書

平成 年 月 日

明治薬品株式会社  
個人情報問合せ担当 行

請求者	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	印
	電話番号	

「個人情報保護に関する法律」第26条に基づき、貴社が保有している、

- 私（請求者がご本人の場合）の保有個人データについて、次のとおり請求します。  
 \_\_\_\_\_（請求者が代理人の場合）

請求事項	<input type="checkbox"/> 照会 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除（該当のものに”✓”印をつけてください）	
請求内容		
請求者ご本人であることの確認資料	<p>1～6の資料を元に請求される場合は、何れか2つの資料のコピーをお送りください。選択された資料には”✓”印をつけてください。また、いずれの場合も請求者のご住所は、確認資料のご住所と同一であることを確認してください。</p> <p><input type="checkbox"/>1.運転免許証 <input type="checkbox"/>2.パスポート(旅券) <input type="checkbox"/>3.健康保険の被保険者証</p> <p><input type="checkbox"/>4.年金手帳 <input type="checkbox"/>5.写真付き住民基本台帳カード <input type="checkbox"/>6.外国人登録証明書</p> <p><input type="checkbox"/>7.印鑑証明書(この場合、請求者印は実印をお願いいたします)</p>	
ご請求について	弊社とご本人の関係性	<input type="checkbox"/> 消費者 <input type="checkbox"/> 医療関係者( ) <input type="checkbox"/> お取引先( ) <input type="checkbox"/> 弊社関係者( ) <input type="checkbox"/> その他( )
	ご請求理由	
回答方法	郵送にて回答いたします。	

代理人の方が請求される場合には、以下の事項もご記入、ご選択”✓”印をつけてください。

ご本人	ご氏名： ご住所：(〒 - )	
ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他代理人	請求者が弁護士の場合、登録番号をご記入ください。  登録番号：_____
関係を示す書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見人登記事項証明書 <input type="checkbox"/> ご本人の委任状・印鑑証明書	

本請求書及び確認資料の個人情報は、ご請求に関わる弊社の調査、ご連絡、ご回答のために利用いたします。