

株式会社 日立医薬情報ソリューションズ
総務部
個人情報保護お問合せ窓口

個人情報の開示等の請求書

私は、個人情報保護法第33条に基づき、下記の事項を請求いたします。

記

請 求 日	年 月 日
住 所	〒
氏 名	(ふりがな) 印
電 話 番 号	
F A X 番 号	
E-mail ア ド レ ス	
当 社 と の 関 係	<input type="checkbox"/> 個人のお客様 お買上製品名:
	<input type="checkbox"/> お取引先の役員又は従業員の方 ・所属企業・団体名: ・当社関係事業所:
	<input type="checkbox"/> 株主
	<input type="checkbox"/> 当社従業員 従業員番号:
	<input type="checkbox"/> 退職者 最後の所属事業所:
	<input type="checkbox"/> その他 具体的にご記入ください。:
請 求 の 内 容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知
	<input type="checkbox"/> 開示
	<input type="checkbox"/> 訂正、追加又は削除
	<input type="checkbox"/> 利用の停止、消去
	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止 <input type="checkbox"/> 第三者提供の記録、第三者からの受領の記録
請 求 の 詳 細	
回 答 方 法	回答方法について、ご要望がある場合は以下にご記入ください。特にご要望がない場合は、原則紙文書で回答いたします。 (各サービスの定める方法や、合理的に可能な範囲内で回答させていただきます)
請 求 の 根 拠	(当社が、お申し出の個人情報を保有しているとご本人さまが、お考えになる根拠)

<注意事項>

- ご請求の際、郵送等の場合は、書留等配達記録が残る方法で送付願います。
- ご本人さまの確認書類(健康保険証、運転免許証等)の写しを添付願います。
- 代理人の方が請求を行う場合には、①ご本人さま及び代理人の方の身分証明証の写し並びに②委任状を添付願います。
- 利用目的の通知又は開示を請求される場合には、手数料をあらかじめお支払いいただき、手数料の支払を証明する書類(銀行振込の場合には、ATMの振込証等)の写しを添付願います。
- ご回答形式については、ご希望に添えないことがあることをご了承願います。
郵送の場合は、ご本人さまの確認書類に記載の住所に本人限定受取郵便(特例型)で郵送いたします。
- 本請求書にご記入いただいた個人情報は、開示等を行うために必要な範囲で利用いたします。
- 当社は、ご本人さまの個人情報を検索した結果、ご本人さまの個人情報を保有していない可能性が高く、当社グループ会社にご本人さまの個人情報を保有している可能性がある場合、当該グループ会社に対し、ご本人さまの個人情報の調査のため、本請求書にご記入いただいた個人情報を提供する場合があります。