個人情報の開示、訂正、利用停止、消去等の請求書

日本新薬アドバンス株式会社　個人情報相談窓口　行

年　　月　　日

ご住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前（ふりがな） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お電話番号 ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

貴社が保有する私（本人）に関する個人情報について、下記の事項を請求します。

1 請求事項（請求事項に○をつけてください。）

1　利用目的の通知　　2　開示　　3　訂正（追加、削除を含む）

4　利用停止　　5　消去　　6　第三者提供の停止

2 開示希望情報（上記２の請求をされる方は、以下の情報のいずれかに○をつけてください。複数可です。）

- 取引関係者としての個人情報
- 保険加入者としての個人情報
- 当社の斡旋販売利用者としての個人情報
- その他の個人情報（　　）

3 訂正事項（上記３の請求をされる方は、以下にご記入ください。）

訂正前の個人情報 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

新しい個人情報 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4 請求の理由

上記４か５の請求をされる方は、以下の請求理由のいずれかに○をつけてください。

- 個人情報が利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱われている。
- 不正手段によって取得された個人情報である。
- その他の理由（　　）

上記６の請求をされる方は、以下の請求理由のいずれかに○をつけてください。

- 本人の同意なしに個人情報が第三者に提供されている。
- その他の理由（　　）

5 回答の方法（希望される回答方法に○をつけ、通知先をご記入ください。ただし、上記２の請求をされる方は、郵送のみとします。）

- 郵　送　　（郵送先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- ＦＡＸ　　（ＦＡＸ番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- E-mail　（メールアドレス）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上