

## 開示等請求書

株式会社 丸大サクラキ薬局 御中

ご記入日：(西暦) 年 月 日

請求者：ご本人・代理人 (いずれかに○をつけてください)	
氏 名	
ふりがな	
生年月日	年 月 日
住 所	〒 -
電話番号	( ) - ← 日中ご連絡できる電話番号をご記入下さい

私は、貴社が保有している個人情報について、次の通り請求します。

### 1. 請求区分 (ご希望項目に○をしてください)

	開示	利用目的の通知	訂正	追加
	削除	利用停止	消去	第三者への提供停止
請求理由				
請求する保有個人データ				
請求期間				
利用店舗名				
最終利用時期				
回答書返送先	郵送希望の場合ご記入ください 〒 -			

### 2. 請求の対象となるご本人 (代理人による請求の場合のみご記入ください)

氏 名	
ふりがな	
生年月日	年 月 日
住 所	〒 -
電話番号	( ) - ← 日中ご連絡できる電話番号をご記入下さい

<ご注意>

1. 保有する個人情報の開示には、通常10営業日(約2週間)程度要します。
2. 法令の定めにより開示できない個人情報もあります。その場合には、当社判断基準や根拠についてご説明致します。
3. ご本人による請求の場合、ご本人の本人確認書類が必要となります。また、代理人による請求の場合、代理人の本人確認書類が必要となります。(代理人が法定代理人の場合は、法定代理人であることを証明する書類も必要となります)
4. 任意代理人による請求の場合、当社からの利用目的の通知、開示は、ご本人に対して行います。
5. 本請求書により当社が取得する個人情報は、本請求書に基づく処理のみに利用します。ご提出いただいた書類は、開示等の求めに対する回答が終了した後、6ヶ月間を保管単位とし、6ヶ月間保管後廃棄させていただきます。

#### 【会社使用欄】

部 門 長	個 人 情 報 相 談 窓 口	本 人 ・ 代 理 人 確 認	開 示 対 象 個 人 情 報 確 認	請 求 区 分 等 対 応	
		確認資料名 ( )	該当・非該当 〔非該当理由〕	必要・不要 〔不要理由〕	⇒
					⇒

個 人 情 報 保 護 管 理 者