

開示等請求書

株式会社丸大サクラキ薬局御中

ご記入日： 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 （訂正請求の場合、その内容）							
請 求 期 間							
利 用 店 舗 名							
最 終 利 用 時 期							

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	⇒	個 人 情 報 保 護 管 理 者
		確認資料名 ()	該当・非該当 (非該当理由)	必要・不要 〔不要理由〕		