

保有個人データ訂正等請求書

年 月 日

大正製薬株式会社
個人情報問合せ窓口
〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1
電話番号(03)3985-1111 (大代表)

ご住所: (〒 -)

請求者

(ふりがな)
ご氏名:



電話番号: () -

(日中ご連絡の取れる番号をお願い致します)

※本人との関係: 本人 代理人

「個人情報保護に関する法律」第34条第1項に基づき、次の通り請求致します。

(但し、株主様の保有個人データに関しては、別に定める弊社内規「法定備置書類等閲覧・謄写等取扱要領」に従ったお手続きをお願い致します。)

請求事項	<input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 (該当のものに“✓”印を付けて下さい)
訂正等を請求する保有個人データの項目、内容	
請求者ご本人であることの確認資料	ご郵送による請求で1~6による場合には、何れか2つの資料のコピーをお送り下さい。ご選択された資料には“✓”印をつけて下さい。ご来社のうえ請求される場合は、何れかひとつをご持参下さい。また、何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ご確認下さい。 <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 <input type="checkbox"/> 4. 年金手帳 <input type="checkbox"/> 5. マイナンバーカード(表面) <input type="checkbox"/> 6. 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 7. 印鑑証明書(この場合、請求者印は実印をお願い致します)
回答方法	<input type="checkbox"/> 郵送(請求者の住所と同じ) <input type="checkbox"/> ご来社 (ご来社の際には、改めて上記資料の原本を確認させていただきます) <input type="checkbox"/> 電子メール(メールアドレス:) ※ご回答前に、ご本人様のメールアドレスかどうかを確認させて頂く場合があります。

弊社におけるご請求事項の円滑な調査のため、次の点についてご開示頂きますよう、ご協力お願い致します。

ご本人と弊社 の関係 (該当事項全てに “✓”をおつけ下さい)	<input type="checkbox"/> 株主 <input type="checkbox"/> お取引先 (口座番号) <input type="checkbox"/> 消費者 <input type="checkbox"/> 医療関係者 () <input type="checkbox"/> 弊社関係者 () <input type="checkbox"/> その他 ()
ご請求の理由	

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(✓)下さい。

ご本人	ご氏名: ご住所: (〒 -)
代理人とご本人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他代理人
上記関係を示す書類	<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
請求者が弁護士の場合、登録番号をご記入下さい 登録番号: _____	

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致します。