

年 月 日

保有個人データ利用停止等請求書

香川県東かがわ市三本松567 番地
帝國製薬株式会社 御中

請求者 ご住所：〒

ご氏名：

印

TEL：

貴社が保有している、
[私（請求者が本人である場合）
 _____（請求者が代理人の場合）] の個人データ
について、次のとおり請求します。

請求事項	<input type="checkbox"/> 保有個人データの利用停止 <input type="checkbox"/> 保有個人データの消去
修正または 消去する内容	
報告の方法	郵送 郵送先： <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒)
代理人の方が開示請求される場合は、以下の欄にもご記入ください。	
ご本人の状況等	ご本人のご氏名： ご本人のご住所： <input type="checkbox"/> 請求者(代理人)の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒) ご本人の状況 ： <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者

(注) 請求に際しては、本人又は代理人であることが確認できる書類（運転免許証・健康保険証・旅券・委任状・印鑑証明書など）の提出または提示が必要です。