

保有個人データ開示等申請書

送付先

宛 先：有限会社こやま薬局 個人情報相談窓口
住 所：〒689-0202 鳥取県鳥取市美萩野 1 丁目 49

請求日	年 月 日
本人請求	
住所 氏名(フリガナ) 電話番号 メールアドレス	
代理人請求(開示等の送付先となります)	
住所 氏名(フリガナ) 電話番号 メールアドレス	
開示等の求めの内容	
<input type="checkbox"/> 保有個人データの利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 保有個人データの開示、第三者提供記録の開示 <input type="checkbox"/> 保有個人データの内容の訂正、追加又は削除 <input type="checkbox"/> 保有個人データの利用の停止又は消去、第三者への提供の停止 開示等を求める個人情報(取得年や部署等)、理由について、分かる範囲で記入願います。	
本人・代理人確認等のための提出書類(確認書類は有効期限内に限ります)	
本人の場合 本人確認書類(運転免許証・パスポートのコピー、住民票の写しのいずれか1つ)、保有個人データ開示等申請書 開示等をされる方が、未成年者、又は成年被後見人の法定代理人、若しくは本人が委任した代理人である場合は、上記の書類に加えて下記書類	

2023年8月1日

<p>①法定代理人の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法定代理権があることの確認書類 ・法定代理人本人確認書類(運転免許証・パスポートのコピー、住民票の写しのいずれか 1 つ) <p>②委任による代理人の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委任状 1 通 ・委任代理人本人確認書類(運転免許証・パスポートのコピー、住民票の写しのいずれか 1 つ)
手数料
開示等の請求等のうち、保有個人データの利用目的の通知、開示については、手数料を 1 名につき ¥1,000 徴収します。¥1,000 分の郵便切手を申請書類に同封して送付、又は持参願います。
開示の通知方法
<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> その他(具体的に、通知方法を記入願います)
(ただし、指定された通知方法を行うことが困難な場合は、書面郵送にて対応します。)

当社記入欄	
受付日	年 月 日
受付担当者	
資料・手数料等確認	
<input type="checkbox"/> 不備なし	
<input type="checkbox"/> 不備あり：	
連絡日時(月 日)、 月 日迄返答がないため対応しません	
対応案策定日	年 月 日
対応担当者	
対応案	代表取締役
	印
《「保有個人データ開示等報告書」添付のこと。》	/