個人情報の開示・訂正・追加・利用停止・削除等に関する請求書

請求日：　　年　　月　　日

医療社団法人代仁会イデリアスキンクリニック代官山　御中

貴社で保有する私の個人情報について、下記のとおり請求いたします。（請求する箇所の□に「✓」をつけてください）

□ 登録情報の開示	□ 登録情報の訂正	□ 登録情報の追加
□ 登録情報の利用停止	□ 登録情報の削除	□ 登録情報の第三者提供停止

請求者（ご本人）（**注１**）

本人氏名	ふりがな	㊞	（西暦） 生年月日 年　　月　　日
現住所	（〒　　）		電話番号
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ			

代理人による請求の場合（**注２**）

代理人氏名	ふりがな	㊞	対象者との関係（〇をつけてください） 親権者・後見人・任意代理人 その他（　　）
連絡先	（〒　　）		電話番号

●開示を求める個人情報（求める箇所の□に「✓」をつけてください。複数選択可）

□ 氏名または名称　□ 住所　□ 電話番号　□ メールアドレス　□全ての個人情報

□その他（具体的に項目を記載してください）

（　　）

●訂正・追加を求める個人情報（訂正・追加をご希望する箇所のみご記入ください）

新本人氏名	ふりがな	
新住所	（〒　　）	新電話番号
新ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		

●利用停止を求める個人情報（求める箇所の□に「✓」をつけてください。複数選択可）

□ 氏名または名称　□ 住所　□ 電話番号　□ メールアドレス　□全ての個人情報

□その他（具体的に項目を記載してください）

（　　）

●削除を求める個人情報（求める箇所の□に「✓」をつけてください。複数選択可）

□ 氏名または名称　□ 住所　□ 電話番号　□ メールアドレス　□全ての個人情報

□その他（具体的に項目を記載してください）

（　　）

●第三者提供の停止を求める個人情報（求める箇所の□に「✓」をつけてください。複数選択可）

□ 氏名または名称　□ 住所　□ 電話番号　□ メールアドレス　□全ての個人情報

□その他（具体的に項目を記載してください）

（　　）

※請求に関する注意事項

（**注１**）ご本人であることの証明として、下記の①～⑦のいずれかをご提出ください。
請求時点において有効なものをご準備ください。
①運転免許証の写し（両面）　②日本国パスポートの写し　③在留カードと外国パスポートの写し
④官公庁が発行する顔写真を貼付した各種福祉手帳の写し　⑤マイナンバーカードの写し
上記①～⑦をお持ちでない場合は、下記①～⑦のうち2点をご提出ください。
これらも請求時点において有効なものをご準備ください（⑤⑥⑦は取得後3ヶ月以内のもの）。
①健康保険証の写し　②年金手帳の写し　③各種福祉手帳（顔写真貼付なし）の写し　④母子健康手帳の写し（母子のみ）
⑤戸籍謄本の写しの原本　⑥住民票の写しの原本　⑦印鑑登録証明書の原本

（**注２**）代理人による申請の場合は、上記ご本人確認書類に加え、ご本人と代理人の関係を証明できる書類が必要です。
下記①～③の全てをご提出ください。いずれも請求時点において有効なものをご準備ください。
①ご本人からの委任状（実印が押印されたもの）　②委任状の作成に用いられた実印の印鑑証明書原本
③代理人の運転免許証の写し、パスポートの写し、マイナンバーカードの写しのいずれか１つ

【当院記入欄】　　受付No.

請求受付日：　　年　　月　　日　㊞　確認書類：　□不備なし　□不備あり　㊞

回答：　□回答　□非回答　㊞　回答日：　　年　　月　　日　㊞