

文書名	保有個人情報開示等請求書	制定日	2023年11月1日	文書番号	F134	版	1.0
		改訂日	—				

シミックヘルスケア・インスティテュート株式会社
受付窓口 行

「個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)」に基づき、
下記のとおり保有個人情報を請求します。

ご請求者		※太枠内のみご記入ください。		請求日	年	月	日
ふりがな ご氏名	<input type="checkbox"/> 個人情報請求ご本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 実印(任意代理人の場合)						
ご住所又は居所	〒						
電話番号							
(任意)FAX番号							
(任意)e-mail							
本人確認書類 (該当書類2点に☑して 下さい) ・ご提出いただいた本人確認 書類については、返却しませ ん。一定期間経過後、当社に て個人情報保護を十分に考 慮し破棄させていただきます。 ・お問い合わせ内容の確認の ために当社よりご連絡を差し 上げる場合があります。	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 各種年金手帳 <input type="checkbox"/> 各種福祉手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書(※特別永住者証明書とみなされるもの) <input type="checkbox"/> 外国人登録原票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード(※個人番号通知カードは不可)						
ご本人の状況等(法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。)							
ご本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者(年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者						
ふりがな ご本人の氏名							
ご本人の住所又は居所	〒						
法定代理人が請求する 場合	次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()						
任意代理人が請求する 場合	次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()						
手数料及びその納付方 法	<input type="checkbox"/> 郵送による開示をご希望の場合、800円分の郵便切手をご同封ください。 ただし、ご請求の内容が、保有個人データの「内容の訂正等」、「利用停止または消去」、 「第三者提供の停止」の場合または「郵送によらない開示方法」をご指定の場合は、不要です。						

文書名	保有個人情報開示等請求書	制定日	2023年11月1日	文書番号	F134	版	1.0
		改訂日	—				

ご請求内容 ※太枠内のみご記入ください。
 ※請求区分にチェックし、ご請求内容の詳細を右の欄にご記入ください。

請求区分	ご請求内容											
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	請求する保有個人情報を具体的に特定してください。											
<input type="checkbox"/> 開示 開示方法	請求する保有個人情報を具体的に特定してください。											
	<input type="checkbox"/> 写しの送付を希望する。 <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">媒体</td> <td><input type="checkbox"/> 書面</td> <td rowspan="2" style="font-size: small;">※記憶媒体が同封されていない場合は書面にて開示します。</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> データ(記憶媒体を同封ください。)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">送付先</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 上記のご請求者様住所と同じ</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 〒</td> </tr> </table>	媒体	<input type="checkbox"/> 書面	※記憶媒体が同封されていない場合は書面にて開示します。		<input type="checkbox"/> データ(記憶媒体を同封ください。)	送付先	<input type="checkbox"/> 上記のご請求者様住所と同じ			<input type="checkbox"/> 〒	
	媒体	<input type="checkbox"/> 書面	※記憶媒体が同封されていない場合は書面にて開示します。									
	<input type="checkbox"/> データ(記憶媒体を同封ください。)											
送付先	<input type="checkbox"/> 上記のご請求者様住所と同じ											
	<input type="checkbox"/> 〒											
<input type="checkbox"/> 電子メールにデータを添付して開示を希望する。 送信先メールアドレス: <input style="width: 150px;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	請求する保有個人情報を具体的に特定してください。											
	訂正/追加/削除前(追加の場合は記載不要)											
	訂正/追加/削除後(削除の場合は記載不要)											
	理由											
<input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	請求する保有個人情報を具体的に特定してください。											
	理由 <input type="checkbox"/> 利用目的外に利用している。 <input type="checkbox"/> 不正な手段によって取得されている。 <input type="checkbox"/> 同意なく第三者に提供されている。 <input type="checkbox"/> 漏えい等が発生し、またはそのおそれがある。 <input type="checkbox"/> その他 →											

・ご提出いただいた本人確認書類については、返却しません。
 一定期間経過後、当社にて個人情報保護を十分に考慮し破棄させていただきます。

お問い合わせ内容の確認のために当社よりご連絡を差し上げる場合があります。

会社使用欄

管 理 番 号	
---------	--