

個人情報の開示等の求め

年 日 月

シミックヘルスケア・インスティテュート株式会社
代表取締役社長 殿

シミックヘルスケア・インスティテュート株式会社に対し個人情報の開示等の求めをいたします。

請求者 ○印で囲んでください	本人 未成年者の法定代理人 成年被後見人の法定代理人 本人が委任した代理人 (本人の場合は下記本人欄に、代理人の場合は下記代理人欄にご記入ください。)
本人	〒 住所 氏名フリガナ 氏名 *旧氏名での請求の場合 旧氏名フリガナ 旧氏名 連絡先電話番号
代理人	〒 住所 氏名フリガナ 氏名 連絡先電話番号
請求項目	項番 請求項目 (該当する請求項目の項番を○印で囲んでください)
	1 個人情報の利用目的の通知
	2 個人情報の開示
	3 個人情報の内容の訂正
	4 個人情報の追加
	5 個人情報の削除
	6 個人情報の利用の停止
	7 個人情報の消去
8 個人情報の第三者への提供の停止	
開示方法	郵送 来所受取 : どちらかの方法を○印で囲んでください。 ・来所受け取りをご希望の場合は、本人確認または代理人確認が必要です。

個人情報の扱いについて

私「
」は、シミックヘルスケア・インスティテュート株式会社の『「個人情報の保護に関する法律」に基づく公表事項及び個人情報の共同利用について』に同意し、必要な書類を送ります。

当社記入欄

本人・代理人の確認	運転免許証 パスポート 住民票の写し その他 ()
代理人資格の確認	戸籍謄本／抄本 住民票記載事項証明書 委任状 その他 ()
受付担当者	受付： 年 月 日 受付者：

個人情報の開示等の請求方法等について

1. 個人情報の開示等を請求する場合は、この書面により行ってください。
2. 個人情報の開示等の請求は、来訪または郵便 により受け取ります。
3. 個人情報の開示等の請求者が本人又は代理人であるかを確認するため、次の公的証明書を
をご用意願います。郵送又はFAX による請求の場合は写しをご送付ください。

(本人の場合)

有効期間内の次の書類（注：コピーにはデジタルカメラやスキャナによる画像、これを印刷したものは含まれません。）のうち、いずれか1通が必要となります。

- ① 個人番号カードのコピー
- ② 運転免許証のコピー：住所変更されている場合には、住所変更手続の上、「裏面」
のコピーも添付ください。（本籍地の項目については、不必要ですので、油性ペン
などで消去いただきますようお願いいたします。）
- ③ 住民基本台帳カードのコピー：「顔写真」入りで氏名・生年月日・住所（現住所）
が記載されているもの[Bタイプ]。同一市区町村内で現住所に住居変更されている
場合には「裏面」のコピーも必要です。
- ④ 旅券（パスポート）のコピー：顔写真ページと所持人記入欄（氏名・住所などの記
入箇所）の両方のコピーが必要です。
- ⑤ 各種年金手帳のコピー
- ⑥ 各種福祉手帳のコピー
- ⑦ 各種健康保険証のコピー：住所欄には必ず現住所をご記入ください。
- ⑧ 外国人登録原票の写し又は外国人登録原票記載事項証明書（外国人の場合）

(代理人の場合)

本人が自署、押印した委任状（原本）及び3ヶ月以内に発行された次の書類が必要となりま
す。

- ① 親権者（民法 818 条）の場合：戸籍謄本、戸籍抄本等、本人との関係を証する書類
- ② 成年後見人（民法第 8 条、第 843 条）の場合：登記事項証明書
- ③ 未成年後見人（民法第 839 条、第 840 条）の場合：登記事項証明書