

文書番号	RA2402	文書名	保有個人情報開示等請求書	制定日	2025年1月1日	版	1.0
				改訂日	2025年1月1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	☐ 個人情報請求ご本人 ☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人			実印(任意代理人の場合)			
ご住所又は居所	〒						
電話番号							
(任意) F A X 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。	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険の被保険者証 ☐ 各種年金手帳 ☐ 各種福祉手帳 ☐ パスポート ☐ 外国人登録証明書(※特別永住者証明書とみなされるもの) ☐ 外国人登録原票記載事項証明書 ☐ 住民基本台帳カード ☐ その他 ()						
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	☐ 未成年者(年 月 日生) ☐ 成年被後見人 ☐ 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。 ☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 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。 ☐ 委任状 ☐ その他()						
手数料及びその納付方法	☐ 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。						

文書番号	RA2402	文書名	保有個人情報開示等請求書	制定日	2025年1月1日	版	1.0
				改訂日	2025年1月1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
☐ 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。
☐ 開示	請求する保有個人情報を具体的に特定してください。
開示方法	☐ 写しの送付を希望する。 媒体 ☐ 書面 ☐ データ(記憶媒体を同封ください。) ※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。 送付先 ☐ 上記のご請求者様住所と同じ ☐ 〒 ☐ 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:
☐ 訂正 ☐ 追加 ☐ 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
☐ 利用の停止 ☐ 消去 ☐ 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 ☐ 利用目的外に利用している。 ☐ 不正な手段によって取得されている。 ☐ 同意なく第三者に提供されている。 ☐ 漏えい等が発生し、またはそのおそれがある。 ☐ 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	