

個人情報開示申請書

株式会社 東北メディカルエイドサービス 御中

※ 太枠内にご記入をお願い致します。

貴社の個人情報について、次のとおり開示を請求します。

申請者記入欄				
フリガナ		印	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 申請者氏名(本人)			生年月日	年 月 日生
<input type="checkbox"/> 現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL - -		
	(都・道・府・県)			

代理人記入欄				
フリガナ		印	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 代理人氏名(本人)			生年月日	年 月 日生
<input type="checkbox"/> 代理人現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL - -		
	(都・道・府・県)			
<input type="checkbox"/> 代理権	法定代理・委任代理	申請者との続柄		
代理人により要求の場合、代理人現住所に回答を送付いたします。申請者本人が記入される場合、本欄への記入は必要ありません。				

開示を請求する範囲 (※可能な限り分かりやすい名称(関係された弊社業務名など)で記載してください。)

本人確認書類 (※本籍地が記載されている場合は、塗りつぶしてご提出ください。)	
請求者確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 学生証の写し <input type="checkbox"/> 日本国の旅券の写し <input type="checkbox"/> それ以外()
代理権確認書類	<input type="checkbox"/> 代理人本人を確認する書類() <input type="checkbox"/> 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 保険証の写し <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 委任代理人の場合 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他()

【個人情報のお取扱いについて】

本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は、開示等の請求への対応(本人確認、社内における個人情報の確認、回答の送付)のためにのみ利用いたします。個人情報の取扱いの委託を含む提供は一切いたしません。
 本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は回答終了した後、2年間保管しその後廃棄いたします。保管期間中における開示等の請求等について対応いたします。
 第三者提供記録について、下記に該当する場合には開示いたしません。
 ①当該個人データ又は当該第三者提供記録の存否が明らかになることによって、本人又は第三者の生命、身体又は財産に危害が及ぶおそれのあるもの
 ②当該個人データ又は当該第三者提供記録の存否が明らかになることによって、違法又は不当な行為を助長する、又は誘発するおそれのあるもの
 ③当該個人データ又は当該第三者提供記録の存否が明らかになることによって、国の安全が害されるおそれ、他国若しくは国際機関との信頼関係が損なわれるおそれ又は他国若しくは国際機関との交渉上不利益を被るおそれのあるもの
 ④当該個人データ又は当該第三者提供記録の存否が明らかになることによって、犯罪の予防、鎮圧又は捜査その他の公共安全及び秩序維持に支障が及ぶおそれのあるもの
 ご提供いただけない情報がある場合、開示等の請求などに対応することができませんのでご了承下さい。

本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は、
【株式会社東北メディカルエイドサービス 個人情報保護管理者 小原 貴志】(TEL 022-212-3334)が管理いたします。

..... 下記は弊社記入欄となります。記入いただく必要はありません。

