

利用目的の通知・開示等を求められる場合の手続き

1. 当社所定の「保有個人データの利用目的の通知・開示等の請求書」に必要事項を記入いただき、下記3. の送付先まで簡易書留郵便にて郵送してください。
2. ご本人またはご本人の代理人の請求であることを確認するため、下記書類を同封してください。
 - (1) ご本人が請求される場合
 - ・運転免許証またはパスポートの写しと戸籍謄抄本または住民票の写し
 - ・運転免許証またはパスポートをお持ちでない場合は、健康保険証または年金手帳の写しと戸籍謄抄本または住民票の写し
 - (2) 代理人によりご請求される場合
 - 代理人の本人確認
 - ・運転免許証またはパスポートの写しと戸籍謄抄本または住民票の写し
 - ・運転免許証またはパスポートをお持ちでない場合は、健康保険証または年金手帳の写しと戸籍謄抄本または住民票の写し
 - 代理権の確認
 - (法定代理人) ご本人および代理人が共に記載され、その続柄が示された戸籍謄抄本、住民票の写し
 - (任意代理人) ご本人の実印の押印のある委任状およびご本人の印鑑証明書
3. 送付先
住所： 〒102-0074 東京都千代田区九段南二丁目3番14号 靖国九段南ビル9階
名称： アルフレッサ メディカルサービス株式会社 人事総務部 個人情報お問合せ窓口
電話番号：03-6843-2330
4. 個人情報の利用目的の通知および開示、第三者提供記録の開示（ご請求に係る個人情報の種類欄に開示対象を記載ください。）のご請求に関しましては、1件につき500円の手数料を申し受けます。なお、お支払いは、郵便小為替または郵便切手を同封ください。
5. 必要書類が当社に到達してから原則として2週間以内にご回答を発送いたします。
なお、電磁的記録を希望される場合はCD-ROM等の媒体を同封ください。電磁的記録を当該媒体に保存して、当該媒体を発送いたします。

以 上

保有個人データの利用目的の通知・開示等の請求書

年 月 日

〒102-0074 東京都千代田区九段南二丁目3番14号 靖国九段南ビル9階

アルフレッサ メディカルサービス株式会社 人事総務部 個人情報お問合せ窓口 行

ご請求人	ご住所 〒 -	
	ご氏名 (フリガナ)	お電話番号 () -
代理人 <small>(代理人請求の場合に記入)</small>	ご住所 〒 -	
	ご氏名 (フリガナ)	お電話番号 () -

「個人情報の保護に関する法律」の規定に基づき、アルフレッサメディカルサービス株式会社が保有する個人データについて、次のとおり請求します。

ご請求に係る 個人情報の種類		
ご請求項目	<input type="checkbox"/> ①利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②開示 <input type="checkbox"/> ③訂正 <input type="checkbox"/> ④追加 <input type="checkbox"/> ⑤削除 <input type="checkbox"/> ⑥利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦消去 <input type="checkbox"/> ⑧第三者提供の停止	
ご請求理由 <small>(ただし、請求項目①、②の場合は記入不要)</small>	③～⑤の請求	<input type="checkbox"/> データが事実でない () <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
	⑥、⑦の請求	<input type="checkbox"/> データの不正取得 () <input type="checkbox"/> 利用目的外での取扱い () <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
	⑧の請求	<input type="checkbox"/> 同意なくして第三者へデータを提供した () <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
ご請求内容 <small>(請求項目③、④、⑤の場合のみ記入)</small>	【③訂正の場合】 (1) 訂正項目 () (2) 訂正内容 訂正前 () 訂正後 ()	
	【④追加の場合】 (1) 追加項目 () (2) 追加内容 ()	
	【⑤削除の場合】 (1) 削除項目 ()	

(注) ご請求に際しては、利用目的の通知・開示等を請求される場合の手続きに従い本請求書とご本人または代理人であることが確認できる書類を同封のうえ、簡易書留郵便にてご郵送ください。