●株式会社メンバーズメディカルマーケティング

●個人情報保護管理者　宛

個人情報の開示等に関する申請書

私は、末尾記載の事項につき了解のうえ、以下の請求をいたします。

【請求項目】 ※□内に“ﾚ”をご記入ください。

□開示

開示を請求する個人情報の項目

□名前 □住所 □電話番号 □電子メールアドレス

□生年月日 □性別 □職務経歴書 □その他（ ）

□訂正、追加、削除

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 訂正等前の記載内容 | 訂正等後の記載内容追加の場合この欄のみご記入ください。削除の場合この欄に“削除”とご記入ください。 |
| □ 名前 |  |  |
| □ 住所 |  |  |
| □ 電話番号 |  |  |
| □ 電子メールアドレス |  |  |
| □ 生年月日 |  |  |
| □ 性別 |  |  |
| □ 職務経歴書 |  |  |
| □ その他（ ） |  |  |

□利用の停止又は消去

※個人情報保護に関する法律、「利用目的による制限」に違反して個人情報が取扱われている場合、又は「適正な取得」に違反して個人情報が取得された場合に限り、利用停止又は消去が為されます。

※担当者により、請求理由について直接確認させていただく場合がございます。

□利用停止 □消去

【請求者】 ※記載漏れ、押印漏れがある場合にはご請求に応じることができません。請求日： 氏名： 印

住所：

電話番号： 電子メールアドレス：

本人確認書類： □運転免許証 ※「本籍地」は黒く塗りつぶしてください。

□健康保険証 □その他（ ）

本書に基づく請求を行うためには、本人確認書類のコピーの添付が必要です。

なお、代理人の場合には当該本人の委任状（当社所定）と代理人の本人確認書類が必要となります。

本書に必要書類のコピーを添付のうえ、簡易書留郵便にて以下までお送りください。

〒104-6037 東京都中央区晴海一丁目8番10号 晴海アイランド トリトンスクエアオフィスタワーX 37階

●株式会社メンバーズメディカルマーケティング 個人情報問い合わせ窓口担当者宛

請求内容につき、申請書や添付資料に不備があったとき、個人情報の保護に関する法律又はその関連法令に基づき、

請求にかかる措置を講じる必要がないと判断されるときは、その旨及び理由をご請求者宛に通知させていただくことがございます。予めご了承ください。