

個人情報開示等請求書

年 月 日

〒110-0005 東京都台東区上野5-3-1
中央メディカルシステム株式会社 PMS事務局 窓口担当 御中

以下の請求区分に関して個人情報の開示等の請求をいたします。

請求区分	☐ 利用目的の通知 ☐ 開示 ☐ 訂正等 ☐ 利用停止等
------	--

太枠内は必須記載事項となります。ご記入漏れのないようご注意ください。

本人の特定に係る情報	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 -
	電話番号	() -
	メールアドレス	
	本人確認書類等	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 健康保険証 ☐ 外国人登録証 ☐ ID又はパスワード ☐ その他 ()

代理人等による請求の場合	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	〒 -
	電話番号	() -
	代理人等の区別	☐ 親権者 ☐ 成年後見人 ☐ 代理人 ☐ 相続人 ☐ その他 ()
	代理権等確認書類等	☐ 戸籍謄本 ☐ 後見開始審判書又は成年後見登記事項証明書 ☐ 委任状 ☐ 資格者の種類及び登録番号 ☐ 職印に係る印鑑登録証明書 ☐ その他 ()
	開示等請求者の本人確認書類等	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 健康保険証 ☐ 外国人登録 ☐ その他 ()

(注) 本人以外の代理人等が請求する場合のみご記入ください。

「代理人等の区別」で相続人とお書きになった方のみご記入ください。
請求の必要性（できる限り具体的にご記入ください）

請求に対する回答方法	☐ 書面の郵送 ☐ 電子メールによるデータの送信 ☐ その他（ ）
------------	--

訂正等に係る方法の区分	☐ 訂正		
	訂正項目	内容（修正前）	内容（修正後）
	☐ 追加		
	追加項目	追加内容・追加理由	
削除	☐ 削除		
	削除項目・内容		削除理由
利用停止等に係る方法の区分	利用停止： ☐ 目的外利用 ☐ 不正な手段による取得		
	理由：		
消去	消去： ☐ 目的外利用 ☐ 不正な手段による取得		
	理由：		
第三者提供	☐ 第三者提供（提供先又は提供方法並びに停止を求める）		
	理由：		