

株式会社メディカルトラスト
個人情報保護責任者 行

個人情報に関する申立て申請書

貴社が保有する私(本人)の個人情報について、次の通り開示を求めます。

(太枠内にご記入の上、当該箇所欄には○印を付してください。)

申請年月日		平成	年	月	日
申請者	住所	印 (電話番号) (本人との関係: 本人/代理人)			
	氏名				
本人	住所	〒 ※申請者が本人の場合は、「同上」とのみご記入ください			
	氏名	※申請者が本人の場合は、「同上」とのみご記入ください			
申請者の添付書類 (本人確認のためいずれか一つ選択)		・運転免許証写し ・住民基本台帳カード写し ・健康保険被保険者証写し ・パスポート写し ・年金手帳写し ・福祉手帳写し ・その他()			
申請者が代理人の場合	法定代理人	本人との続柄: (3ヶ月以内に発行された、以下のいずれかを添付してください) ・戸籍謄本 ・戸籍抄本 ・登記事項証明書の写し			
	任意代理人	【委任状】 開示を求める事項(下欄)に記載した事項の開示申請を上記申請者に委任いたします。 平成 年 月 日 委任者(本人の氏名) 印			
	※印鑑登録証明書が必要です。(委任状に押印した印鑑であって3ヶ月以内のもの)				
申請内容 (いずれかを選択)		・開示 ・訂正 ・削除 ・消去 ・その他()			
開示を求める事項					

【個人情報の取扱いについて】

本申請書及び添付書類に含まれる個人情報については、本件申請に必要な範囲内でのみ利用いたします。
また、ご提出いただきました添付書類については、3年間保管した後に廃棄いたします。

社内処理欄	受付確認	添付書類確認			調査	回答作成	回答送付
	/ /	/ /			/ /	/ /	/ /
			申請者連絡	添付書類再確認			
		/ /	/ /				