

保有個人データの開示、利用停止、消去、第三者提供の停止等の請求書

年 月 日

久光-サノフィ株式会社
統括部長 行

請求人	住所 〒 氏名 電話番号
代理人 (代理人の請求の場合)	住所 〒 氏名 電話番号
請求内容 該当するものをご選択下さい。	① 開示 ②利用目的の通知 ③訂正 ④ 追加 ⑤ 削除 ⑥利用停止 ⑦消去 ⑧第三者への提供の記録 ⑨第三者への提供の停止
請求理由	① ②の場合はご記入不要です。
請求の個人情報の種類	① 医療関係者 ②お薬利用者 ③その他 ()
回答の受取方法 ご希望の受取方法をご選択の上、②③をご希望の場合はそれぞれFaxあるいはEメールアドレスをご記入ください	① 郵便 (開示,利用目的の場合のみ、配達証明付郵便での送付料として500円切手を同封下さい) ② FAX番号 ③ Eメール

※請求に関しては、下記の本人確認及び代理人確認のための書類を同封お願いいたします。

・本人確認のための書類

- (1)パスポートの写し 1通 (2)運転免許証の写し 1通 (3) 個人番号カード(写真面)の写し 1通
(4) 健康保険証、年金手帳、納税証明書のうちのいずれか2種類の写し

・代理人確認のための書類

代理人ご本人であることを確認する書類 (上記の通り)及び

(法定代理人の場合) 戸籍謄本又は審判書の写し

(任意の代理人の場合) ご本人の印鑑証明書及び本人の実印を押印した委任状