

個人情報開示等請求書

年 月 日

メディカルツーリズム・ジャパン株式会社 行

貴社に保有管理されている私自身の個人情報について（利用目的の通知 開示 訂正
追加 削除 利用停止 消去 提供停止）を願いたく、以下の通り申請いたします。

(注) . 該当する□には、レ印を記入してください。

(申請者)

本人申請

住 所 (〒 -)

代理人申請

氏 名

印

電話番号

| | |
|----------------------------------|-------|
| 開示請求等の請求目的 および理由をご記入願 います。 | |
| | |
| | |
| | |
| | |

- * 開示等の請求方法につきましては、当社が保有している請求者の写しを送付させていただきます。
- * 開示、利用目的の通知について請求の場合には手数料として一回につき切手500円を申し受けます。

法定代理人による申請の場合は以下の欄も記入してください。

| | | |
|-----------|--|--|
| 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 | |
| 本人の氏名及び住所 | 氏 名 | |
| | 住 所 | |
| | 電話番号 | |

| | | | |
|--------|-----|------------------|--|
| 本人確認事項 | 本人 | 身分を証明する書 類の写し | |
| | 代理人 | 上記に加えて委任 状 | |

(注1) 取得した個人情報は開示請求のためにのみ利用されます。

| | |
|-----|--|
| 受付者 | |
| / / | |
| | |

 ⇒

| | |
|-----------------|--|
| 個人情報保護 管理者確認 | |
| / / | |
| | |