

第三者提供記録 開示請求書

株式会社コム・メディカル 御中

ご請求日： 年 月 日

(ふりがな) 請求者氏名			
生年月日	年	月	日
住所	〒 -		
電話番号	()	-	※日中ご連絡できる電話番号
ご利用店舗名			

私は、貴社が保有している下記の第三者提供記録の開示を請求します。
また、私が、この請求のために提出した書類に記載された個人情報を、貴社がこの請求への対応のために利用することに同意します。

開示請求する第三者提供記録の内容	(具体的にご記入ください)		
開示の実施方法	形態	<input type="checkbox"/> 電磁的記録を保存した媒体(CD等)	<input type="checkbox"/> 書面
	交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送にて交付	<input type="checkbox"/> 店舗にて交付

代理人による請求の場合は、請求の対象となるご本人について以下もご記入ください。

ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人		
(ふりがな) ご本人氏名			
生年月日	年	月	日
住所	〒 -		
電話番号	()	-	※日中ご連絡できる電話番号
ご本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者		

なお、請求にあたっては、下記事項を承認の上、貴社所定の手数料をお支払いいたします。

<ご注意>

- 保有する第三者提供記録の開示には、通常10営業日(約2週間程度)要します。
- 法令の定めにより開示できない第三者提供記録もあります。その場合には、当社判断基準や根拠についてご説明致します。
- 本請求書により当社が取得する個人情報は、本請求書に基づく処理のみに利用します。ご提出いただいた書類は、開示等の請求に対する回答が終了した後3年間保存し、その後廃棄させていただきます。

【会社使用欄】受付日： 年 月 日

請求者本人確認書類			
法定代理権確認書類			
委任状	<input type="checkbox"/> ご本人への説明(説明日： 年 月 日)		

店舗責任者	担当窓口	開示対象 第三者提供記録 確認	開示対応	個人情報保護管理者
印	印	該当・非該当 (非該当理由)	必要・不要 (不要理由)	印