

# 保有個人データ 訂正等請求書

株式会社コム・メディカル 御中

ご請求日： 年 月 日

(ふりがな)	
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	

私は、下記により貴社が保有している保有個人データの訂正等を請求します。  
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。

ご希望の請求項目を選んでください。

請 求 項 目	<input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
---------	---

訂正等の内容（具体的な内容をご記入ください）

(記入例)「〇〇〇」という情報は誤りであり、「〇〇〇」に訂正してもらいたい。
--

※訂正等の内容が正しいことを示す書類を添付してください。

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

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。  
また、ご提出いただいた書類は、訂正等が終了した後、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	

店舗 責任者	担当窓口	開示対象 保有 個人データ 確認	訂正等対応	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