

保有個人データ 利用停止等請求書

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利用停止等を請求します。
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、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"/> 利用停止	<input type="checkbox"/> 消去	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止
------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

利用停止等の請求理由等（該当項目を選んでください）

<input type="checkbox"/> あらかじめ本人の同意を得ないで、利用目的の達成に必要な範囲を超えて保有個人データを取扱った
<input type="checkbox"/> 合併等により他の個人情報取扱事業者から事業を承継したことに伴って取得した保有個人データについて、あらかじめ本人の同意を得ないで、承継前の当該個人情報の利用目的の達成に必要な範囲を超えて当該保有個人データを取扱った
<input type="checkbox"/> 偽りその他不正の手段により保有個人データを取得した
<input type="checkbox"/> その他（)

上記の理由に該当すると判断した事実関係等（いつ、どのような情報が、どのように取扱われたか等）をできる限り詳しくご記入ください。

--

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。ご提出いただいた書類は、利用停止等が終了した後、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	利用停止等対応	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