

保有個人データ 利用目的の通知請求書

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保有個人データの利用目的の通知を請求します。
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。

利用目的の通知を求める保有個人データの内容	(具体的にご記入ください)
-----------------------	---------------

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、通知が終了した後、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	利用目的の通知対応	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