

## 保有個人情報利用目的通知請求書

年 月 日

株式会社ミハマメディカル 個人情報担当部門 御中

請求者	住所	〒	
	フリガナ		
	お名前		印
			( 年 月 日生)
	電話番号		

貴社が保有している  私(請求者が本人の場合)  \_\_\_\_\_ (請求者が代理人の場合) の 個人情報の利用目的の通知を請求します。

通知方法	<input type="checkbox"/> 郵送 郵送先: <input type="checkbox"/> 上記住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 - ) _____ 電話番号: ( ) - _____ <input type="checkbox"/> FAX FAX番号: ( ) - _____ <input type="checkbox"/> 電子メール アドレス: _____
------	--

代理の方が請求される場合は、以下の欄にもご記入ください。

ご本人の状況等	(フリガナ) ご本人の氏名: _____ ( 年 月 日生) ご本人の住所: <input type="checkbox"/> 請求者(代理人)の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 - ) _____ ご本人の状況: <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 破産者 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> ( ) 本人との関係: <input type="checkbox"/> 委任を受けた( <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 法定代理人( <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 管理人 <input type="checkbox"/> )
---------	---

(添付書類)

本人:  運転免許証  パスポート  住民票  ( )

代理人:  委任状  印鑑証明書  戸籍謄本  審判書  ( )