

保有個人情報訂正等請求書

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)
 の個人情報について、次の通り請求します。

請求事項	保有個人情報の <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
訂正等の内容	[訂正等の項目] [訂正等の内容]
報告先	<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: () - _____

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 ()