

請求書 A

保有個人データの開示等請求書

令和 年 月 日

アボット ダイアグノスティクス メディカル株式会社 個人情報相談窓口 宛

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、次のとおり請求します。

請求者 (本人)	(住所) 〒 —	
	(氏名)フリガナ	TEL () — Email
代理人 (代理人請求の場合 にご記入下さい)	(住所) 〒 —	
	(氏名)フリガナ	TEL () — Email
請求に係わる 個人情報の種類	<input type="checkbox"/> 医師、歯科医師、薬剤師、臨床検査技師、薬局・薬店その他医療関係者の情報 <input type="checkbox"/> カスタマーサポートセンター、くすり相談室、その他の会社窓口の利用者の情報 <input type="checkbox"/> 取引先情報 <input type="checkbox"/> 採用応募者情報 <input type="checkbox"/> 当社社員情報(退職者含む)	
請求事項	<input type="checkbox"/> ①利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②開示 <input type="checkbox"/> ③訂正 <input type="checkbox"/> ④追加 <input type="checkbox"/> ⑤削除 <input type="checkbox"/> ⑥利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦消去 <input type="checkbox"/> ⑧第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> ⑨第三者提供記録の開示	
請求理由 (但し、①②⑨の 場合は記入不要)	③～⑤の請求	<input type="checkbox"/> データが事実でない <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
	⑥、⑦の請求	<input type="checkbox"/> データの不正取得 <input type="checkbox"/> 利用目的外での取扱い <input type="checkbox"/> 不適正な利用 <input type="checkbox"/> データを利用する必要がなくなった <input type="checkbox"/> 個人情報保護委員会に報告すべき漏えい等が生じた <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
	⑧の請求	<input type="checkbox"/> 同意なく第三者へデータを提供した <input type="checkbox"/> データを利用する必要がなくなった <input type="checkbox"/> 個人情報保護委員会に報告すべき漏えい等が生じた <input type="checkbox"/> 上記以外 ()

請求書 A

<p>請求内容 (上記③～⑤の場合のみご記入下さい)</p>	<p>【③訂正の場合】</p> <p>(1) 訂正項目</p> <p>(2) 訂正内容 訂正前 () 訂正後 ()</p> <p>【④追加の場合】</p> <p>(1) 追加項目 ()</p> <p>(2) 追加内容 ()</p>
<p>回答方法 (上記②⑨の場合)</p>	<p>【⑤削除の場合】</p> <p>(1) 削除項目 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 書面</p> <p><input type="checkbox"/> 電磁的方法 (Eメールに添付して送信/CD-ROMなどの郵送)</p>

(注) 請求に際しては、本人または代理人であることが確認できる書類の提出が必要です。

開示等の求めにともない取得した個人情報、開示等の求めに必要な範囲内において取り扱うものとさせていただきます。