

請求書 A

保有個人データの開示等請求書

令和 年 月 日

アボットメディカルジャパン合同会社 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 ()

