

保有個人データの開示・訂正等の請求書

平成 年 月 日

〒103-0007

東京都日本橋浜町二丁目45番1号

株式会社日本アルトマーク 個人データ係 行

ご請求人	ご住所 〒 - (自宅・勤務先)	
	ご勤務先	
	ご氏名(フリガナ)	お電話番号 () -
代理人 (代理人請求 の場合に記入)	ご住所 〒 -	
	ご氏名(フリガナ)	お電話番号 () -

「個人情報の保護に関する法律」第25条等に基づき、株式会社日本アルトマークが保有する個人データについて以下のとおり請求します。

ご請求に係る個人情報の種類	医師 歯科医師 薬剤師 薬局・薬店の管理者、代表者 その他				
ご請求項目	開示	訂正	追加	利用停止	
ご請求理由 (請求項目 の場合は 記入不要)	～ の請求	データが事実でない 上記以外 ()			
	の請求	利用停止してほしい事柄			
ご請求内容 (請求項目、 の場合のみ記入)	【 訂正の場合】				
	訂正項目 () 訂正前 () 訂正後 ()				
	【 追加の場合】				
	追加項目 () 追加内容 ()				

(注) ご請求に際しては、開示・訂正等を請求される場合の手続きに従い本請求書と、ご本人または代理人であることが確認できる書類を添付のうえ、郵送料800円分の郵便切手を同封してご郵送ください。