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（ﾌﾘｶﾞﾅ）	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（ﾌﾘｶﾞﾅ）	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	□①開示　□②訂正　□③追加　□④利用停止	
ご請求理由 (請求項目①の場合は記入不要)	②～③の請求	□データが事実でない □上記以外 (　　)
	④の請求	□利用停止してほしい事柄
ご請求内容 (請求項目②、③の場合のみ記入)	【②訂正の場合】 訂正項目（　　） 訂正前（　　） 訂正後（　　）	
	【③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。