

保有個人データの開示・訂正等の請求書

年 月 日

〒108-0014

東京都港区芝5丁目33番1号 森永プラザビル本館15階

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	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 薬局・薬店の管理者、代表者 <input type="checkbox"/> その他	
ご請求項目	<input type="checkbox"/> ①開示 <input type="checkbox"/> ②訂正 <input type="checkbox"/> ③追加 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> データが事実でない <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
	④の請求	<input type="checkbox"/> 停止して欲しいダイレクトメール等 () () ()
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、郵送料分の郵便切手を同封してご郵送ください。