保有個人データの開示・訂正等の請求書

年　　月　　日

〒103-0015
東京都中央区日本橋箱崎町24-1 日本橋箱崎ビル5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	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ご氏名	
	メールアドレス	お電話番号 （　　）　　－
代理人 （代理人請求の場合に記入）	ご住所 〒　　－ （自宅・勤務先）	
	ﾌﾘｶﾞﾅ ご氏名	ご請求人との関係 ☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人（詳細：　　）
	メールアドレス	お電話番号 （　　）　　－

「個人情報の保護に関する法律」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。

個人情報の種類 （ご職業）	☐医師	☐歯科医師	☐薬剤師
	☐薬局・薬店の管理者、代表者	☐弊社取引先、弊社従業員、採用応募者	☐その他

ご請求の項目の内容に従い、必要事項をご記入ください。

ご請求項目	☐①開示	☐②訂正	☐③追加	☐④利用停止/消去	☐⑤利用目的通知
ご請求理由 （ご請求項目②③④の場合のみ記入）	☐データが事実でない ☐自らの個人情報を確認するため ☐データの利用停止、消去を希望するため ☐その他（　　）				
ご請求内容 （請求項目②③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（　　） 追加項目（　　）				
回答方法 （ご請求項目①⑤の場合のみ記入）	☐メール　☐書面　☐その他（　　）				

（注）①開示または⑤利用目的通知については、1回の請求ごとに1,000円の手数料をいただきます。
当社にて本請求書面を受領後、口座振込先をご連絡いたします。