

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	
	(フリガナ) 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)	
	フリガナ	ご請求人との関係
	ご氏名	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 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MDBに含まれ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)	<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・消去	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> データが事実でない <input type="checkbox"/> 自らの個人情報を確認するため <input type="checkbox"/> データを利用停止、消去してほしいため <input type="checkbox"/> その他 ( )				
ご請求内容 (請求項目②③の場合のみ記入)	<b>【②訂正の場合】</b> 訂正項目 ( ) 訂正前 ( ) 訂正後 ( )				
	<b>【③追加の場合】</b> 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)	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 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。