

# 保有個人データ { 開示・訂正等・利用停止等 } 請求書

年 月 日

株式会社メディパス 御中

個人情報保護に関する法律(以下「法」という)第29条の規定に基づき、御社が保有する次の対象者の個人データの{ 開示・訂正等・利用停止等 }を請求いたします。

● 請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 (本人との続柄: ) <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人
住所: 〒 - 氏名:	(電話: - - )
● 対象者	※請求者が本人の場合には記入不要です。
住所: 〒 - 氏名:	(電話: - - )
● 御社が対象者の個人情報を取得・保有した経緯	サービス等の申込・会員登録・メールマガジン購読登録・求人への応募 その他( )
● 請求内容	※各項目の <input type="checkbox"/> に レ印 をつけた上、漏れなくご記入ください。
<input type="checkbox"/> 開示 (法第25条)	
<input type="checkbox"/> 訂正等 (法第26条)	【訂正等を求める内容】 訂正前 ( ) 訂正後 ( )
<input type="checkbox"/> 利用停止等 (法第27条)	【利用停止等を求める根拠】 <input type="checkbox"/> 利用目的による制限を越えて利用しているため <input type="checkbox"/> 不正な取得をしたため <input type="checkbox"/> 第三者提供の制限に違反利用しているため <input type="checkbox"/> その他( )

## お問い合わせ/請求書送付先

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-22-12 SVAX TSビル 7階 電話:03-6205-7577  
株式会社メディパス お客様相談室

## 請求書郵送時の注意点

※本人確認のための書類(運転免許証、パスポートのコピー、身分証明書等)1通を同封しご郵送ください。  
※法定代理人もしくは本人が委任した代理人が請求する場合には、代理人の身分確認書類のほか、下記の書類も同封してください。

### A 法定代理人の場合

・戸籍謄本など本人と法定代理人の続柄が証明できる公的書類 1通

### B 委任による代理人の場合

・本人の実印を押印した委任状 1通  
・本人の印鑑証明書 1通

※電話・電子メール等での保有個人データの開示・訂正等・利用停止等のご請求には応じられません。