

## 保有個人データ利用目的通知・開示等請求書

平成 年 月 日

アステラス製薬株式会社 御中

「個人情報の保護に関する法律」第24条等に基づき、次のとおり請求します。

請求人	(住所) 〒 -	
	(氏名) フリガナ	TEL ( ) -
代理人 (代理人請求の場合に記入)	(住所) 〒 -	
	(氏名) フリガナ	TEL ( ) -
請求内容	<input type="checkbox"/> ①利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②開示 <input type="checkbox"/> ③訂正 <input type="checkbox"/> ④追加 <input type="checkbox"/> ⑤削除 <input type="checkbox"/> ⑥利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦消去 <input type="checkbox"/> ⑧第三者への提供の停止	
開示請求の範囲 (②の場合のみ記入ください。)		
請求理由 (①、②の場合は記入不要です。)	③～⑤の請求	<input type="checkbox"/> データが事実でない <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )
	⑥、⑦の請求	<input type="checkbox"/> データの不正取得 <input type="checkbox"/> 利用目的外での取扱い <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )
	⑧の請求	<input type="checkbox"/> 同意なく第三者へデータを提供した <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )
請求内容 (③、④、⑤の場合のみ記入ください。記入スペースが足りない場合は別紙で添付ください。)	<b>【③訂正の場合】</b> (1) 訂正項目 ( ) (2) 訂正内容 訂正前 ( ) 訂正後 ( )	
	<b>【④追加の場合】</b> (1) 追加項目 ( )    (2) 追加内容 ( )	
	<b>【⑤削除の場合】</b> (1) 削除項目 ( )	

(注1) ご請求に際しては、本人または代理人であることが確認できる書類（個人番号カード（写真面）・運転免許証・健康保険証・旅券・委任状など）の提出または提示が必要です。

(注2) ご請求に際しては、個人番号（マイナンバー）のご記載はお控え下さい。なお、ご請求に対する回答は、当社の業務委託先より差し上げる場合がありますので、ご了承ください。 (アステラス製薬株式会社)