保有個人データに関する利用目的・安全管理措置通知の求め

年　　月　　日

アステラス製薬株式会社
エシックス＆コンプライアンス部（個人情報窓口）　御中

ご住所：（〒　　－　　）

請求者　　ご氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
ＴＥＬ：（　　）　　－

（□私（請求者が本人である場合）
□＿＿＿＿＿＿＿（請求者が代理人の場合））は、貴社の取り扱う保有個人データにかかる本人であるところ、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、次のとおり求めます。

求めの内容	□①全ての保有個人データの利用目的の通知　　□②安全管理措置の通知
代理人の方が請求される場合は、以下の欄のご記入ください。	
弁護士である以下否か	□弁護士である　□弁護士ではない
弁護士である場合	法律事務所： 登録番号：
弁護士ではない場合の代理権の根拠	□親権者 □未成年後見人 □代理権付与審判がなされている保佐人 □代理権付与審判がなされている補助人 □その他の法定代理人 □任意代理人 □その他（　　）
ご本人の状況等	ご本人のご氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ご本人のご住所：□請求者（代理人）の住所と同じ □他の住所　（〒　　－　　） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ご本人の状況：□未成年者 □成年被後見人 □代理権付与審判がなされている被保佐人・被補助人 □その他

（注）求めに際しては、本人又は代理人であることが確認できる書類（運転免許証・健康保険証・旅券・委任状・印鑑証明書など）の提出又は提示が必要です。当社は、ご本人につき保有個人データの存否を確認した上で、かかる求めに対し、対応させていただきます。