保有個人データ訂正等請求書

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：（　　）　　－

貴社が保有している、［□私（請求者が本人である場合）／□＿＿＿＿＿＿（請求者が代理人の場合）］が識別される保有個人データについて、次のとおり請求します。

請求事項	保有個人データの　□訂正　□追加　□削除
上記請求の対象となる具体的な保有個人データ	（既に開示請求を通じ、当該具体的な保有個人データをお持ちの場合には、それを本書別紙に添付することで明示することも可能です）
請求の理由及び具体的内容	（内容が事実でないという理由である必要があり、評価に関しては訂正の対象ではありません。また、利用目的が過去の一時点の事実を記録するものである場合等には、現時点では事実とは異なっていても、訂正等の対象とならないことがあります）
希望される回答方法	□郵送 郵送先：□上記の住所と同じ □他の住所　（〒　　－　　） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □ＦＡＸ ＦＡＸ番号：（　　）　　－ □電子メール アドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
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)請求に際しては、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。