

保有個人データ利用停止等・第三者提供停止請求書

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 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供停止
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	（請求事項に応じ、法 35 条の定める事由が必要ですので、具体的な事実関係及びそれが法 35 条の定めるいずれの事由に該当するかをご記載ください）
希望される回答方法	<input type="checkbox"/> 郵送 郵送先： <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所（〒 — ） _____ <input type="checkbox"/> FAX FAX番号：（ ） — <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 弁護士である <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理権付与審判がなされている保佐人 <input type="checkbox"/> 代理権付与審判がなされている補助人 <input type="checkbox"/> その他の法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
ご本人の状況 等	ご本人のご氏名： _____ ご本人のご住所： <input type="checkbox"/> 請求者（代理人）の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所（〒 _____ - _____ ） _____ ご本人の状況： <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 代理権付与審判がなされている被保佐人・被補助人 <input type="checkbox"/> 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。