保有個人データ利用停止等／第三者提供停止請求書

平成　　年　　月　　日

アステラス製薬株式会社　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）］の個人データについて、次のとおり請求します。

請求事項	□保有個人データの利用停止　　□保有個人データの消去 □保有個人データの第三者への提供の停止
利用停止等／第三者提供停止の項目・内容	
報告の方法	□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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
代理人の方が開示請求される場合は、以下の欄のご記入ください。	
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 □成年者

（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）