

# 保有個人データ開示請求書

平成 年 月 日

アステラス製薬株式会社 御中

ご住所：(〒 - )

請求者 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	保有個人データの開示
開示請求の項目・内容	
報告の方法	<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	ご本人の氏名： _____ ご本人の住所： <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"/> 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)