

保有個人データ利用停止等請求書

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、 $\left[\begin{array}{l} \text{私（請求者が本人である場合）} \\ \text{_____（請求者が代理人の場合）} \end{array} \right]$ 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
利用停止等の内容		
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、以下の欄をご記入ください。		
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	