

保有個人データ訂正等請求書

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、
〔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 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
訂正等の項目・内容	【訂正等の項目】 【訂正等の内容】
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"/> 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)