

「開示対象個人情報」開示等請求書

個人情報保護法及び個人情報保護マネジメントシステム（JIS Q 15001:2006）の定めに基づき、下記の通り、開示対象個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止を請求します。

記

請求先	株式会社健康プラザ 個人情報保護管理者：中村伸彦 行 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 3-6-16 エメラルドアオキビル 301 TEL:03-5774-8837 FAX:03-5774-8838
請求者	ご住所 〒
	ご氏名
	電話番号 F a x 番号 Eメール
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 いずれかに（レ印）をつけて下さい。
請求区分	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正、追加又は削除 <input type="checkbox"/> 個人情報の利用の停止 <input type="checkbox"/> 個人情報の消去及び第三者への提供の停止 (該当するものにレ点をつけてください。複数選択可)
請求内容	
回答書送付方法 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> 配達郵便記録(通常 80 円+配達記録 210 円の合計 290 円を返信用封筒に貼付してください) <input type="checkbox"/> 配達証明郵便 (通常 80 円+一般書留 420 円+配達証明料 300 円の合計 800 円を返信用封筒に貼付してください) <input type="checkbox"/> 本人限定受取郵便 (通常郵便+一般書留 420 円+本人限定料 100 円の合計 600 円を返信用封筒に貼付してください) <input type="checkbox"/> F a x <input type="checkbox"/> Eメール
本人確認書類	※上記に記載した本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写しを、別途添付してください。 ※運転免許証の写しを添付される場合には、本籍地欄を黒く塗りつぶしてください。

以上

(注1) 今回のご請求に関する確認のために、当社からご質問・ご連絡させていただく場合があります。

(注2) 今回の開示等請求書によって取得した個人情報は、開示等の求めに必要な範囲でのみ取扱うものといたします。

(弊社記入欄)

受領年月日	年 月 日
整理番号	

