

HSC 健康科学コンサルティング株式会社御中
個人情報保護管理者宛

保有個人データの利用目的の通知等請求書

※は必須記入事項

請求日	年 月 日	
(フリガナ) ※お名前		
※住所	(〒 -)	
メールアドレス		
※電話番号		
代理人による 申請の場合	代理人氏名	
	代理人住所	
	代理人電話番号	
請求の区分 (該当するものに □をレして下さい)	<input type="checkbox"/> ア. 保有個人データの利用目的の通知 <input type="checkbox"/> イ. 保有個人データ又は第三者提供記録の開示 <input type="checkbox"/> ウ. 個人情報の訂正、追加又は削除 <input type="checkbox"/> エ. 個人情報の利用又は提供の拒否権	
請求内容		

【ご注意】

- ご本人である事を確認できる書類（運転免許証、パスポート、健康保険証、マイナンバーカード等）の写しを添付して下さい。
- 代理の方によるご請求の場合、①のご請求本人確認書類、代理人の本人確認書類、及び委任状をご提出下さい。
- 請求の区分のうちア、イについては、ご請求一件につき 500 円の手数料が必要です。

弊社使用欄

1	保有個人データ に該当するか (J. 10. 11)	<input type="checkbox"/> 保有個人データに該当する、該当しないが開示等の請求の全てに応じることができる 権限を有する。 <input type="checkbox"/> J. 10. 1 (3) のただし書き () に該当するため、保有個人データに該当しない
---	----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

承認者	担当者
/ /	/ /

2	<input type="checkbox"/> 請求に応じる <input type="checkbox"/> ただし書きを適用 し請求に応じない	<input type="checkbox"/> J. 10. 4 <input type="checkbox"/> J. 10. 5 <input type="checkbox"/> J. 10. 6 <input type="checkbox"/> J. 10. 7 適用するただし書：()
	回答内容	

承認者	担当者
/ /	/ /