

保有個人データ利用停止等請求書

年 月 日

天藤製薬株式会社
個人情報ご相談窓口 行

請求書	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	印
	電話番号	

「個人情報の保護に関する法律」第27条第1項および第2項に基づき、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) の保有個人データについて次のとおり請求します。

請求事項	<input type="checkbox"/> 保有個人データの利用停止 <input type="checkbox"/> 保有個人データの消去 <input type="checkbox"/> 保有個人データの第三者提供停止
請求理由	<input type="checkbox"/> 利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱われている。 <input type="checkbox"/> 不正手段によって取得されている。 <input type="checkbox"/> 法律に違反して第三者に提供されている。
報告方法	<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、以下の欄もご記入ください。	
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