

書式 3

保有個人データ訂正等請求書

令和 年 月 日

第一三共プロファーマ株式会社 行

請求者 住所 : (〒 - )

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

TEL : ( ) -

「個人情報の保護に関する法律」第 34 条に基づき、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	保有個人データの 訂正 追加 削除
会社との関係	医療関係者 患者 顧客 ( _____ に関する ) アンケート参加者 ( _____ に関する ) 会員 ( _____ に関する ) その他 ( _____ )
訂正等の内容	
通知の郵送先	上記の住所と同じ 他の住所 (〒 - ) _____
代理人の方が開示請求される場合は、以下の欄にもご記入ください。	
ご本人の状況等	ご本人の氏名 : _____ ご本人の住所 : 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

このご請求については、手数料は不要です。