

個人情報開示、訂正・削除等依頼書

年 月 日

アース製薬株式会社
総務部 法務契約課 御中

請求者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	
	<input type="checkbox"/> 代理人	住所	〒 電話

(該当する□には、レ印を記入してください。)

当該個人情報の内容 (できるだけ具体的に記入してください。)	
当該個人情報の請求内容	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> その他 ()
当該個人情報の誤り(事実ではない)部分について(※)	

(※ 訂正・削除等を請求される場合、当該個人情報の中にどのような誤り(事実ではないこと)があるのか、その内容をできる限り具体的にご説明ください。ここに書き切れないときは、別用紙に記載してください。)

(代理人が請求される場合には、次の欄にも記入してください。)

本人の未成年者または成年被後見人等の区別	<input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> その他 ()
本人の氏名および住所	氏名
	住所

【社内処理欄】 (次の欄は、ご記入の必要はありません。)

本人または代理人であることを確認した書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証(コピー) <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証(コピー) <input type="checkbox"/> 住民票(写し) <input type="checkbox"/> その他 ()
代理関係があることを確認した書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()
担当者	
備考	