

保有個人データに関する訂正・利用停止等請求書

平成 年 月 日

科研製薬株式会社 行

請求窓口	<input type="checkbox"/> 人事部（採用・従業員情報・特定個人情報） <input type="checkbox"/> 医薬品情報サービス室（医療関係者及び顧客情報） <input type="checkbox"/> 法務部（その他）	
ご請求者 (回答先)	ご氏名 フリガナ ⑩	TEL
	ご住所 (〒 -)	
	勤務先（医療関係者及び顧客情報のみ）	
請求項目	請求内容 <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	請求理由
	請求内容が訂正・追加・削除の場合	
	訂正・追加・削除前の内容	訂正・追加・削除後の内容

* ご請求の際は、上記の記載と本人確認の為の下記書類が必要となります。
同封の上、ご請求ください。

本人確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証・パスポート・個人番号カード（コピー） <input type="checkbox"/> その他 [戸籍抄本、住民票、健康保険証（コピー）、年金手帳（コピー）または3ヵ月以内に発行された印鑑証明書のうち2点]
--------	---

*本人確認方法（郵送の場合）

運転免許証、パスポートまたは個人番号カードによって氏名・生年月日・現住所が確認できるもののコピーを郵送頂きます。運転免許証、パスポートまたは個人番号カードをお持ちでない場合は、戸籍（抄本）、住民票、健康保険証（コピー）、年金手帳（コピー）または3ヵ月以内に発行された印鑑証明書のうち2つを郵送頂きます。

代理人が請求を行う場合には、①本人並びに代理人の身分証明書の写し及び②委任状も郵送頂きます。

*回答につきましては、全て郵送にて行います。