

# 保有個人データに関する開示等請求書

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  ④	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"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示	請求理由
開示請求 内容	請求項目に開示を請求された場合（出来るだけ詳しく記載下さい） <input type="checkbox"/> 本人記載事項のみ	
	<input type="checkbox"/> 全て開示	

\* 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。