個人情報開示等請求書

貴社が保有する個人情報について、以下の通り請求いたします。

本人氏名	（フリガナ）	
	印	
住所	〒　　－	
電話番号	（自宅）	（勤務先）
E-Mail		
本人確認書類	※次のうちいずれかの写し。ただし、本籍地が記載されているものは、本籍地を黒く塗りつぶして提出してください。 □運転免許証　□パスポート　□健康保険証　□住民票　□住民基本台帳カード	
代理人氏名	（フリガナ）	
	印	
代理人確認書類	※次のうちいずれか。ただし、本籍地が記載されているものは、本籍地を黒く塗りつぶして提出してください。 □親権者　（戸籍謄本・戸籍抄本等で本人との関係を証する書類） □成年後見人　（登記事項証明書） □未成年後見人　（登記事項証明書） □任意代理人　（本人自署で実印を押印した委任状、印鑑証明書）	

請求内容	□利用目的の通知　□ 開示　□訂正・追加・削除　□利用停止又は消去 □第三者提供停止
請求理由	※「利用目的の通知」又は「開示」以外を請求する場合は記入
請求詳細	

①本請求書　②本人の場合は本人確認書類、代理人の場合は本人確認書類及び代理人確認書類　③配達記録代を含む切手を添付した返信用封筒を同封のうえ、配達記録郵便にて下記までお送りください。お振込みの確認後１週間以内に郵送いたします。
なお、ご提出頂いた書類は回答書をご送付する際に返却いたします。

【書類送付先】
〒102-0074　東京都千代田区九段南2-1-30　イタリア文化会館ビル8F
株式会社メディカルトリビューン　個人情報相談窓口

【会社使用欄】	受付日：　／　／ 受付者：	部門対応日：　／　／ 担当者　： 部門管理者：	通知日：　／　／ 担当者：

MTPS-01-09