

保有個人データの開示等申請書

記入日 年 月 日

〒162-0824 東京都新宿区揚場町2-18 ブリエ飯田橋7F

一般社団法人日本酸化療法医学会

個人情報担当行

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、次の通り請求します。

請求者 (本人)	フリガナ お名前	印	TEL () -	
	E-Mail			
	ご住所 〒			
本人確認資料	<input type="checkbox"/> 運転免許証写し <input type="checkbox"/> パスポート写し <input type="checkbox"/> 健康保険証写し のうち一つ			
代理人 (代理人が請求する場合)	フリガナ お名前	印	TEL () -	
	E-Mail			
	ご住所 〒			
本人確認資料	<input type="checkbox"/> 運転免許証写し <input type="checkbox"/> パスポート写し <input type="checkbox"/> 健康保険証写し のうち一つ			
代理権確認書類	<input type="checkbox"/> 親権者：戸籍謄本又は扶養家族が記載された保険証写し			
	<input type="checkbox"/> 未成年後見人：本人の戸籍謄本			
	<input type="checkbox"/> 補助人、保佐人、成年後見人、任意後見人：登記事項証明書			
	<input type="checkbox"/> 任意代理人：委任状（実印押印のもの）+委任状に使われた本人の印鑑証明書原本			
請求の種類	<input type="checkbox"/> ①保有個人データの開示	<input type="checkbox"/> ②保有個人データの利用目的の通知		
	<input type="checkbox"/> ③保有個人データの訂正	<input type="checkbox"/> ④保有個人データの追加		
	<input type="checkbox"/> ⑤保有個人データの削除	<input type="checkbox"/> ⑥その他		
請求する 保有個人データの特定の ための情報	<div style="text-align: center;"> [</div> <p>※お客様の個人情報を利用しての当社のサービスを上記に具体的にご記入ください。不明な場合は、以下をご記入ください。</p> <p>(1) どこでいつ頃個人情報をご提供いただきましたか？ ()</p> <p>(2) どのような方法で個人情報をご提供いただきましたか？ ()</p>			
開示請求する項目 (請求の種類が②～⑥のときは 不要)	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 職業	<input type="checkbox"/> 住所（郵便番号含む） <input type="checkbox"/> FAX番号	<input type="checkbox"/> Email アドレス <input type="checkbox"/> 勤務先名	<input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 肩書き
請求理由 (請求の種類が①、②のときは 不要)	請求の種類	請求理由		
	③、④、⑤のとき	<input type="checkbox"/> データが事実でない <input type="checkbox"/> 上記以外：		
	⑥のとき			
請求内容 (請求の種類が③、④または⑤ のときのみ記入)	③保有個人データの訂正			
	1. 訂正前：			
	2. 訂正後：			
④保有個人データの追加 追加する項目・内容：				
⑤保有個人データの削除 削除する項目・内容：				

上記の必要項目をご記入後、弊社まで申請書をお送りください。

<申請書送付先> 一般社団法人日本酸化療法医学会 お問合せ窓口 MAIL: info@jsom.jp FAX:03-3260-8844

ご記入いただきました内容について弊社から確認・質問等のご連絡をさせていただく場合がございます。

その場合、上記に登録されている情報（Email アドレスや電話番号等）に基づきご連絡いたします。ご記入いただきました情報は個人情報開示等の請求への対応以外の目的では使用致しません

社内処理欄
確認：