〒102-0094 東京都千代田紀尾井町3-8 第二紀尾井町ビル4階 スマートメディカル 株式会社 個人情報問合せ窓口 宛

## 個人情報開示等請求書

本請求書に記載する個人情報は、貴社が本人確認のみに利用することを同意して、開示対象個人情報の利用目的の通知、開示、訂正・追加又は削除、利用又は提供の拒否の請求をします。

●個人情報	報を登録(資	料請求、申	込、契約、	取引など)され	ıた時の状 ———	況をお教えください。	0
時期		年	月	日 頃 ※お分	かりになる範囲	田で結構です	
●開示(利	用目的の通	1年10日 (1985年)	の場合、そ 	のご請求内容	₹をご記入ぐ 	<b>ください。</b>	
●訂正(追	┧加・削除を含		3、必要事	項を記入して< 一	ださい。		
_		訂正前				訂正後	
訂正の 内容							
●利用の値	・ 亭止、消去ス	スは第三者へ	への提供 <i>0</i>	━ □停止の場合、	、下記より選	選択してください。	
[	□利用の停.	止		口情報の消	<u> </u>	□第三者への	提供の停止
理由	(差支えがフ	なければ上	記を希望す	トる理由をお書	言き下さい。	)	
●請求者怕	青報						
ご本人様	ふりがな						
	氏名						
	住所						
	電話番号						
代理人樣	ふりがな						
	氏名						
	住所						
	本人との関係	□法定代理	型人 口	委任による代	理人		
	委任状		どの法定代	任状および印 理人の場合は		明書 『係がわかる書類(	
	本人確認 資料	□運転免討		□住民票の	_		

## ●手数料について

500円の郵便定額小為替を本請求書に添えてください。 ※利用目的の通知および開示に関わる場合のみ