

保有個人データ開示、訂正及び第三者提供の停止等の請求書

平成 年 月 日

〒113-0031

東京都文京区根津一丁目1番19号根津宮本ビル4F

株式会社ウェルネス 個人情報保護管理担当 行

ご請求人	ご勤務先施設住所 〒 -	
	ご勤務先施設名	
	ご氏名（フリガナ）	お電話番号 ( ) -
代理人 （代理人請求の 場合に記入）	ご住所 〒 -	
	ご氏名（フリガナ）	お電話番号 ( ) -

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、株式会社ウェルネスが保有する個人データについて以下のとおり請求します。

ご請求に係る 個人情報の種類	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> それ以外
ご請求項目	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> それ以外 ( )
ご請求内容 訂正・追加	訂正の場合（訂正項目） 訂正前 訂正後
	追加の場合 追加項目・内容

（注）ご請求に際しては、開示・訂正及び第三者提供の停止等を請求される場合の手続きに従い本請求書と、ご本人または代理人であることが確認できる書類を添付のうえ、郵送料 8 2 2 円分の郵便切手を同封してご郵送ください。