

ウィーメックスヘルスケアシステムズ株式会社

人事総務部

個人情報保護問合せ窓口

## **保有個人データの開示等の請求書**

ウィーメックスヘルスケアシステムズ株式会社に対し個人情報の開示等の請求をいたします。

—記—

請求日	
請求者 ○で囲む	・本人      ・本人が委任した代理人 ・法定代理人（親権者の代理人、成年後見人、未成年後見人） ※代理人の場合は下記の本人欄に加え、代理人欄にもご記入ください。
本人	〒 住所  フリガナ 氏名 連絡先電話番号 FAX 番号 E-mail アドレス
代理人	〒 住所  フリガナ 氏名 連絡先電話番号
請求項目	項番    請求項目（該当する請求項目の項番を○印で囲んでください）
	1        個人情報の利用目的の通知
	2        個人情報の開示
	3        個人情報の内容の訂正
	4        個人情報の追加
	5        個人情報の削除
	6        個人情報の利用の停止
	7        個人情報の消去
	8        個人情報の第三者への提供の停止
9        個人情報の第三者提供記録の開示	

請求内容	3～9の場合、請求の詳細を以下に記載してください。	
受取方法	項番	上記請求内容に対する結果の受取方法（該当する請求方法の項番を○印で囲んでください）
	1	書面（郵送）
	2	電子メール
	3	CD-ROM（郵送）
	4	WEBよりダウンロード
	5	その他（ ）

<注意事項>

- ご本人さまの確認書類（健康保険証、運転免許証等）の写しを添付願います。  
（運転免許書の場合、本籍地の項目については、不必要ですので、油性ペンなどで消去いただきますようお願い致します。）
- 代理人の方が請求を行う場合には、①ご本人さま及び代理人の方の身分証明証の写し並びに②委任状を添付願います。
- 利用目的の通知又は開示を請求される場合には、手数料をあらかじめお支払いいただき、手数料の支払を証明する書類（銀行振込の場合には、ATMの振込証等）の写しを添付願います。
- ご回答は、ご本人さまの確認書類に記載の住所に受取方法に記載の方法で対応いたします。
- 本請求書にご記入いただいた個人情報は、開示等を行うために必要な範囲で利用いたします。
- 当社は、ご本人さまの個人情報を検索した結果、ご本人さまの個人情報を保有していない可能性が高く、当社グループ会社にご本人さまの個人情報を保有している可能性がある場合、当該グループ会社に対し、ご本人さまの個人情報の調査のため、本請求書にご記入いただいた個人情報を提供する場合があります。

**(様式B-3)**