ファーストメディカル株式会社（FMC）保有個人データの開示等申請書

年　　月　　日

〒166-0002 東京都杉並区高円寺北 2-3-15　オフィスアイ 201
ファーストメディカル株式会社　個人情報お問合わせ窓口　行
請求人は、「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。

<table>
<tr><td rowspan="3">請求者
（本人）</td><td colspan="2">住所　〒　　ー</td></tr>
<tr><td>氏名（フリガナ）</td><td>自宅電話　（　　）　　ー
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">提出書類
☐住民票記載事項証明書写し　☐パスポート写し　☐健康保険証写し　　のうち1つ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">代理人
（代理人が請求する場合）</td><td colspan="2">住所　〒　　ー</td></tr>
<tr><td>氏名（フリガナ）</td><td>自宅電話　（　　）　　ー
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">提出書類
☐住民票記載事項証明書写し　☐パスポート写し　☐健康保険証写し　　のうち1つ
☐委任状及び委任状に使われた本人の印鑑証明書原本</td></tr>
<tr><td>開示・通知を請求する
FMC 保有個人データを
特定するための情報</td><td colspan="2">お客様の個人情報が利用されている当社サービス名、個人情報を預けた時期等を具体的にご記入ください。
例：〇〇年〇月頃に、〇〇についての問合わせに記入した際の個人情報（氏名、住所等）</td></tr>
<tr><td>請求の種類</td><td colspan="2">☐①FMC 保有個人データの開示　☐②FMC 保有個人データの利用目的の通知
☐③FMC 保有個人データの訂正　☐④FMC 保有個人データの追加
☐⑤FMC 保有個人データの削除　☐⑤FMC 保有個人データの利用停止
☐⑦FMC 保有個人データの第三者提供停止　☐⑧その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">請求理由
（請求の種類が①又は②のときは不要）</td><td>請求の種類</td><td>請求理由</td></tr>
<tr><td>③、④、⑤のとき</td><td>☐ データが事実でない
☐ 上記以外：</td></tr>
<tr><td>⑥、⑦のとき</td><td>☐ データが不正に取得された　☐ 利用目的外で取り扱われた
☐ 本人の同意なく第三者へデータが提供された
☐ 上記以外：</td></tr>
<tr><td>⑧のとき</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">請求内容
（請求の種類が③、④又は⑤のときのみ記入）</td><td colspan="2">③FMC 保有個人データの訂正
＜訂正前＞

＜訂正後＞</td></tr>
<tr><td colspan="2">④FMC 保有個人データの追加
＜追加する項目・内容＞</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑤FMC 保有個人データの削除
＜削除する項目・内容＞</td></tr>
</table>

※1：☐欄は該当するものにチェックを入れてください。
※2：本申請書、提出書類一式、手数料の 1,000 円分の郵便切手（請求の種類が①又は②の場合のみ）を同封の上、**簡易書留郵便**にてご郵送下さい。なお、封筒に朱書きで「開示等請求書類」在中とお書き添え下さい。
※3：ご記入頂いた内容、提出書類は、本人確認のためにのみ使用致します。開示等のご請求以外の目的では使用利用致しません。