

特定個人情報訂正等請求書

年 月 日

武田コンシューマーヘルスケア株式会社
 経営管理部 総務グループ
 個人情報相談窓口 行

| | | |
|-----|------|---|
| 請求者 | 住所 | 〒 |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | 印 |
| | 電話番号 | |

「個人情報の保護に関する法律」第26条第1項に基づき、貴社が保有している、

- 私（請求者がご本人の場合） の特定個人情報について、次のとおり請求します。
- _____（請求者が代理人の場合）

| 請求事項 | <input type="checkbox"/> 特定個人情報の訂正 <input type="checkbox"/> 特定個人情報の削除 | <input type="checkbox"/> 特定個人情報の追加 |
|-------------------------------|---|------------------------------------|
| 訂正等の内容等 | 1. 訂正等を行う項目 () 2. 訂正前の内容／削除する内容（追加の場合は記載不要） () 3. 訂正後の内容／追加する内容（削除の場合は記載不要） () 4. 訂正等を請求する理由 () | |
| 報告方法 | <input type="checkbox"/> 郵送 郵送先： <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 -) _____ <input type="checkbox"/> FAX FAX番号： _____ <input type="checkbox"/> 電子メール アドレス： _____ | |
| 代理人の方が請求をされる場合は、以下の欄もご記入ください。 | | |
| ご本人の状況等 | ご本人のご氏名： _____ ご本人のご住所： <input type="checkbox"/> 請求者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 -) _____ ご本人の状況： <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者 | |