

個人データ第三者提供記録開示請求書

年 月 日

モザークメディカルジャパン合同会社御中

請求者： 住所

氏名

請求事項をご記入ください

請求内容	保有個人データの利用目的の通知
請求者(✓印を記入)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外
本人の属性 (✓印を記入)	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 取引先関係者 <input type="checkbox"/> 患者又は請求先会社製品の一般ユーザー <input type="checkbox"/> その他()
対象となる個人情報の項目・ 内容 (具体的に記入)	
報告方法 (✓印を記入)	<input type="checkbox"/> 書面の交付による方法(請求書住所への郵送) <input type="checkbox"/> 電磁的記録の提供による方法(電子メールによる提供) ※メールアドレス ()
手数料 (確認の✓印を記入)	<input type="checkbox"/> 800 円郵便切手

本人以外が請求する場合は、次の欄にもご記入ください。

本人との関係 (✓印を記入)	<input type="checkbox"/> 法定代理人(本人が未成年者または成年被後見人) <input type="checkbox"/> 任意代理人
本人の連絡先	
住所	
氏名	
電話番号	() -

注:

- 請求の際は、本人であることを証明するための必要書類(運転免許証またはパスポートのコピーおよび住民票)を同封してください。
- 法定代理人が請求する場合は、注1の本人であることを証明するための書類のほか、本人との関係を証明する書類(戸籍謄本等)を同封してください。
- 任意代理人が請求する場合は、注1の本人であることを証明するための書類のほか、委任状および本人の印鑑証明書を同封してください。