

個人情報開示申込書(記入例)

メディカモバイル 株式会社 行

私は、個人情報登録の有無及び登録の内容について必要書類を添えて開示を申込みます。
< 枠内の項目を必ずボールペン(自筆)で、はっきりとご記入ください。 >

記入漏れがある場合、受付できませんので漏れのないよう御確認ください。

フリガナ	コジシヨウ	性別	男	生年月日	明治 大正 昭和 平成	44年 4月 4日
お名前	個人 丈					
現住所	〒171 - 0022 東京都豊島区南池袋1-16-15					
お電話番号	03-1234-5678		御連絡先			
変更前住所	市区町村の合併等により、住居表示が変更されている場合には変更前の御住所をご記入ください。 〒 -					

開示を希望される項目に をつけてください。また該当する場合には()を埋めてください。

登録氏名

登録住所

登録電話番号

登録携帯電話番号

登録メールアドレス

その他()

印なき場合は御返答いたしかねますので、確認をお願いいたします。

御署名

個人 丈

個人

メディカモバイル 株式会社よりお客様への御案内

御提出いただいた、本人確認書類については弊社規程の方法により適切に処分いたします。
本申込書・確認書類等については返却いたしませんので、御了承ください。
本申込書のお申し出をいただいておりますが、弊社で保有していない情報についてはお答えいたしかねますので御承諾いただきますようお願い申し上げます。

メディカモバイル 株式会社
個人情報受付センター

封印する前にご確認ください。

- ・本個人情報開示申込書(記入漏れ・御署名の確認をお願いします)
- ・本人確認書類・現住所確認書類
- ・郵送料(430円)(弊社からの返信にそのまま利用させていただきます)

弊社からのお願い

- ・必要書類の不足、記入の不備等がある場合には受付できませんので、送付前に再度ご確認ください。
- ・申込書類・本人確認書類は返却いたしませんので御了承ください。
- ・本申込に基づき内容確認のため弊社からご連絡させていただく場合があります。

個人情報開示申込書

メディカモバイル 株式会社 行

私は、個人情報登録の有無及び登録の内容について必要書類を添えて開示を申し込みます。
<枠内の項目を必ずボールペン(自筆)で、はっきりとご記入ください。>

本人	フリガナ					
	お名前	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	現住所	〒 -				
	お電話番号	御連絡先				
	変更前住所	市区町村の合併等により、住居表示が変更されている場合には変更前の御住所をご記入ください。 〒 -				

開示を希望される項目に をつけてください。また該当する場合には()を埋めてください。

登録氏名

登録住所

登録電話番号

登録携帯電話番号

登録メールアドレス

その他()

御署名

印

メディカモバイル 株式会社よりお客様への御案内

御提出いただいた、本人確認書類については弊社規程の方法により適切に処分いたします。
本申込書・本人確認書類等については返却はいたしませんので、御了承ください。
本申込書のお申し出をいただいておりますが、弊社で保有していない情報についてはお答えいたしかねますので御承諾いただきますようお願い申し上げます。

メディカモバイル 株式会社
個人情報受付センター

封印する前にご確認ください。

- ・本個人情報開示申込書(記入漏れ・御署名の確認をお願いします)
- ・本人確認書類・現住所確認書類
- ・郵送料(430円)(弊社からの返信にそのまま利用させていただきます)

- 個人情報開示申込手続きについて -

「個人情報開示申込書」を投函される前に、下記の3点(1.個人情報開示申込書、2.本人確認書類・現住所確認書類、3.郵送料)が同封されているかご確認いただき、下記弊社個人情報受付センターまで御送付ください。

1. 個人情報開示申込書

2. 本人確認書類・現住所確認書類

下記のうちいずれかの1点をコピーの上本人確認書類として御送付ください。

(1) 運転免許証(裏表)	(2) パスポート(本人証明欄)
(3) 健康保険被保険者証(裏表)	(4) 外国人登録証明書

下記のうちいずれか1点を現住所確認書類として御送付ください。

(1) 住民票(写)(作成日より3ヶ月以内のもの)	(2) 公共料金の請求書又は領収書(コピー)発行日から3ヶ月以内のもの
---------------------------	-------------------------------------

3. 郵送料

・430円分の切手(通常郵便 80円 書留料金 350円)

代理の方が申請する場合には御相談ください。

上記記載書類等が不足又は不備の場合には受付できませんので御了承ください。

本申込に際して御提出いただく、申込書・本人確認書類等は返却いたしませんので御了承ください。

4. 送付先

下記住所に御送付ください。

〒171-0022東京都豊島区南池袋一丁目 - 16 - 15光センタービル

メディカモバイル 株式会社 個人情報受付センター

0120-501-124