

個人情報お問い合わせ請求書
(利用停止請求)

ガ德里ウス・メディカル株式会社
法務部 個人情報お問い合わせ窓口 行

ご自宅ご住所(必須)	〒
ご氏名(必須)	(フリガナ) 姓 名
電話番号(必須)	
当グループ回答通知書送付先の希望住所(必須) 自宅住所と同じ場合は記載不要	

1. ご希望の請求内容についてお知らせください (□に✓を入れてください) (必須)

保有個人データ利用停止等請求

利用停止等を希望する保有個人データの項目(必須) (例 氏名・住所・電話番号)

()

請求区分(必須)

利用の停止 消去 今後第三者向け提供の停止

利用停止等を希望する理由(必須)

()

2. ご提供いただいた個人情報の保有組織(□に✓を入れてください) (必須)

ガ德里ウス・メディカル株式会社 (事業部名)

その他

不明

3. 当該組織で保有している商品・サービス名(必須)

4. 個人情報をご提供いただいたときの情報提供の状況、形態(アンケートへの回答、セミナー参加等)、提供時期(必須)

状況 : ()

形態 : ()

提供時期 : (年 月 日)

5. その他、お問い合わせ・ご意見

6. 同封の本人確認書類(□に✓を入れてください)(必須)

運転免許証

日本国の旅券(パスポート) 有効期限内のもので、現住所が記入されている面の写しを含むこと

健康保険証あるいは年金手帳ならびに次のいずれか(住民票、公共料金領収書、公共料金請求書)

住民票・公共料金領収書・公共料金請求書は、発行日より3カ月以内で、現住所が記載されているもの

外国人登録証明証ならびに次のいずれか(旅券、公共料金領収書、公共料金請求書)

公共料金領収書・公共料金請求書は、発行日より3カ月以内で、現住所が記載されているもの

運転免許証等、あなたが請求する自己情報を所有する本人であることを確認できる書類の写しを同封してください。

代理人が請求する場合は、ご本人様による委任状(代理人との関係、代理を要する理由、代理人の方の氏名・住所・電話番号も記載)、ご本人様の印鑑証明書(委任状には、印鑑証明登録印の押印が必要)、及び代理人の方の身分証明書(運転免許証等公的書類)の写しを同封してください。