

2023/3/13

ジャパン・メディカル・リーフ株式会社 行

開示等請求書

貴社が保有している私の個人情報について下記の事項を申請します。

年 月 日

ご住所： _____

ご本人： _____

代理人氏名： _____

お電話番号： _____

<p>1. 申請される個人情報の種類を○で囲んでください。</p> <p>※ (5) を選択された場合は、() の中に具体的にご記入ください。</p>	<p>(1) 当社の従業員、退職した方の個人情報</p> <p>(2) 当社が採用活動を通じて入手した就職希望者の個人情報</p> <p>(3) 当社が収集したマイナンバー（扶養親 族のマイナンバーを含みます）</p> <p>(4) 当社の資料請求、苦情等のお問合せを通じて入手した個人情報</p> <p>(5) その他 ()</p>
<p>2. 貴方が当社に個人情報を提供した場面をご記入ください。</p> <p>(例：当社説明会などでアンケートに記入)</p>	
<p>3. 申請される事項を○で囲んでください。</p> <p>※ (5) を選択された場合は、() の中に具体的にご記入ください。</p>	<p>(1) 保有個人データの利用目的の通知</p> <p>(2) 保有個人データの開示</p> <p>(3) 保有個人データの内容の訂正、追加若しくは削除</p> <p>(4) 保有個人データの利用の停止若しくは消去又は保有個人データの第三者への提供の停止、第三者提供記録の開示の請求</p>
<p>4. 申請される具体的な内容をご記入ください。</p> <p>※上記3. で(3) 内容の訂正を選択された場合は、〈変更前〉と〈変更後〉が判別できるようにご記入ください。</p>	
<p>5. 申請される目的をご記入ください。</p>	
<p>6. 処理結果のご通知方法を○で囲み、通知先をご記入ください。</p>	<p>(1) E-mail :</p> <p>(2) 郵送 :</p>

・運転免許証、健康保険証、年金手帳、パスポート(以下、本人確認書類という) のいずれかで確認します。コピーをEメール又は郵送でお願いします。

・Eメールの場合のコピーを添付ファイルにして送信の場合、パスワードを設定してください。パスワードは別メールで送信願います。

2023/3/13

- ・代理人の場合（法定代理人を含む）、本人と代理人双方の本人確認書類が必要です。ただし、法定代理人からの請求の場合は、法定代理人の本人確認書類のみで受付します。法定代理人からの請求の場合、法定代理権があることを証明できる書類（戸籍謄本のコピー、親権者の場合は扶養家族が記入された保険証のコピー）の提出が必要です。

- ・本人確認書類のコピーは本人確認が完了後速やかに当社の廃棄手順に従い消去・廃棄いたします。

- ・保有個人データの開示等請求に必要なとなる書面等に不備があった場合等には、保有個人データの開示等の求めに対応できないこともあります。

- ・手数料

保有個人データの利用目的の通知または保有個人データの開示をご請求につきましては、手数料として切手同封 500 円を同封ください。又は下記の銀行口座にお振込みください。

振込先： 城北信金銀行 志村支店 普通口座 0014311

名 義： ジャパン・メディカル・リーフ株式会社

代表取締役 有岡和彦

※振込手数料はご本人様ご負担とさせていただきます。

- ・保有個人データ又は第三者提供記録の開示等に関する苦情・お問い合わせ窓口

〒174-0043 東京都板橋区坂下 2 丁目 7 番 6 号 令和メディカルセンタービル

ジャパン・メディカル・リーフ株式会社

個人情報保護管理者 雨宮 墨

mail:info@jmleaf.co.jp

TEL:03-6454-5517