

個人データ第三者提供記録開示請求書

年 月 日

- 日本メドトロニック株式会社 御中
 メドトロニックソファモアダネック株式会社 御中
 コヴィディエンジャパン株式会社 御中
(該当する会社に✓印を記入)

請求者： 住所

氏名

印

請求事項をご記入ください。

請求内容 (✓印を記入)	個人データ第三者提供記録 (□提供 □受領) の開示
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 ()
開示する記録に基づく 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：

1. 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。
2. 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。
3. 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。