

## 個人情報の利用目的の通知・開示・訂正・削除 および利用停止に関する申請書

株式会社メディカルサポート

代表取締役 小田島 修司 殿

社長 千葉 剛 殿

申し込日：平成 年 月 日

ご自分の個人情報の目的を通知、開示、訂正、削除および利用停止をご希望の方は、下記欄に必要事項を記載の上、担当者までお申し込み下さい。

(所属)	(ご連絡先) 住所：  電話番号：
(氏名) 様	(生年月日) 明.大.昭.平 年 月 日 生
※代理人の方の場合	
(氏名) 様	(本人との関係)

通知、開示、訂正、削除もしくは利用停止のいずれかにレ点をチェックしてください。  
また理由、目的も出来る範囲でご記入願います。

<input type="checkbox"/> <b>通知</b> 該当個人情報： 目的：
<input type="checkbox"/> <b>開示</b> 該当個人情報： 目的：
<input type="checkbox"/> <b>訂正</b> 該当個人情報： 理由：
<input type="checkbox"/> <b>削除</b> 該当個人情報： 理由：
<input type="checkbox"/> <b>利用停止</b> 該当個人情報： 理由：