

個人情報(開示・訂正・削除)請求書

No. _____

承認	発行

申請者	申請日	2020年 8月 7日
	情報主体氏名	メディコム 太郎
	情報主体住所	奈良県橿原市土橋 540-3
	情報主体身分証明書	運転免許証、健康保険証、(別途コピー添付必要)
	申請者氏名	メディコム 花子 (代理人が申請の場合に記入)
	申請者住所	奈良県橿原市土橋 540-3
	申請者身分証明書	運転免許証、健康保険証、(別途コピー添付必要)
	個人情報の名称	特定個人情報
	申請項目	削除(開示・訂正・請求のいずれか)
	理由	退社後の処理のため
	その他	

以下当社記入欄

社内処理	受付部署	
	受付者	
	処理日	年 月 日
	情報主体身分証明書	運転免許証や健康保険証など(コピー添付)の確認結果
	申請者身分証明書	運転免許証や健康保険証など(コピー添付)の確認結果
	処理事項	開示・訂正・削除
	処理の詳細	
	情報主体・代理人への 処理結果解答	年 月 日 連絡方法: 電子メール、FAX、郵送など
	その他	