

株式会社メディカルトラスト  
個人情報保護責任者 行

## 個人情報に関する申立て申請書

貴社が保有する私(本人)の個人情報について、次の通り開示を求めます。

(太枠内にご記入の上、当該箇所欄には○印を付してください。)

|                               |  |   |   |   |   |
|-------------------------------|--|---|---|---|---|
| 申請年月日                         |  | 平成  | 年 | 月 | 日 |
| 申請者                           | 住所                                     | 印 (電話番号)<br>(本人との関係: 本人/代理人)  |   |   |   |
|                               | 氏名                                     |   |   |   |   |
| 本人                            | 住所                                     | 〒 ※申請者が本人の場合は、「同上」とのみご記入ください  |   |   |   |
|                               | 氏名                                     | ※申請者が本人の場合は、「同上」とのみご記入ください  |   |   |   |
| 申請者の添付書類<br>(本人確認のためいずれか一つ選択) |  | ・運転免許証写し    ・住民基本台帳カード写し    ・健康保険被保険者証写し<br>・パスポート写し    ・年金手帳写し    ・福祉手帳写し    ・その他( ) |   |   |   |
| 申請者が<br>代理人の<br>場合            | 法定代理人                                  | 本人との続柄:<br>(3ヶ月以内に発行された、以下のいずれかを添付してください)<br>・戸籍謄本    ・戸籍抄本    ・登記事項証明書の写し            |   |   |   |
|                               | 任意代理人                                  | 【委任状】<br>開示を求める事項(下欄)に記載した事項の開示申請を上記申請者に委任いたします。<br>平成 年 月 日<br>委任者(本人の氏名) 印          |   |   |   |
|                               | ※印鑑登録証明書が必要です。(委任状に押印した印鑑であって3ヶ月以内のもの) |   |   |   |   |
| 申請内容<br>(いずれかを選択)             |  | ・開示    ・訂正    ・削除    ・消去    ・その他( )   |   |   |   |
| 開示を求める事項                      |  |   |   |   |   |

【個人情報の取扱いについて】

本申請書及び添付書類に含まれる個人情報については、本件申請に必要な範囲内でのみ利用いたします。  
また、ご提出いただきました添付書類については、3年間保管した後に廃棄いたします。

|           |      |        |       |         |     |      |      |
|-----------|------|--------|-------|---------|-----|------|------|
| 社内処理<br>欄 | 受付確認 | 添付書類確認 |       |         | 調査  | 回答作成 | 回答送付 |
|           | / /  | / /    |       |         | / / | / /  | / /  |
|           |      |        | 申請者連絡 | 添付書類再確認 |     |      |      |
|           |      |        | / /   | / /     |     |      |      |