

「保有個人データ」利用停止等請求書

平成 年 月 日

一般社団法人医療介護チェーン本部
個人情報お問合せ窓口 行

(請求人) 氏名 _____ 印
住所 〒 _____
_____ 印
電話 (_____) _____ 印

私は、「個人情報の保護に関する法律」第27条第1項の規定に基づき、私に関する保有個人データの 利用停止 ・ 消去 (いずれかを○で囲んでください。) を次のとおり請求する。

1. 一般社団法人医療介護チェーン本部との関係
2. 請求の理由
3. 請求の範囲
 - ① 利用停止
 - a 利用の停止を求める項目
 - b 停止を求める利用の内容・方法
 - ② 消去
 - ・ 消去を求める項目

添付書類

(注) 本人確認のために必要な次の書類(①と②の両方)を本請求書に添付してください。
添付いただく書類について、□にレ印をご記入ください。

- ① 「運転免許証」又は 「パスポート」の写し1通
- ② 「住民票」原本1通(発行後3か月以内のもの)

手数料

(注) 本件請求については、手数料はかかりません。