

保有個人情報開示請求書

年 月 日

株式会社プロトメディカルケア 宛

(フリガナ)

氏名 _____ 印

住所または居所 〒 _____

TEL (_____) _____

貴社が保有する下記の個人情報につき、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 58 号）に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報

--

2 手数料

手数料 (1件 1,000円)	総額 1,000 円の定額小為替を同封
--------------------	---------------------

3 本人確認等

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
イ 本人の状況等（法定代理人が請求する場合にのみ記載） (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ _____ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 (イ) (フリガナ) 本人の氏名 _____ (ウ) 本人の住所又は居所 _____

以上

(※ 1 開示を請求する保有個人情報は具体的に特定してください。)