

保有個人情報利用停止等請求書

年 月 日

株式会社ミハマメディカル 個人情報担当部門 御中

請求者	住所	〒
	フリガナ	
	お名前	印
		(年 月 日生)
	電話番号	

貴社が保有している } 私（請求者が本人の場合）
 _____（請求者が代理人の場合） 個人情報について、
 次の通り請求します。

請求事項	<input type="checkbox"/> 保有個人データの利用停止 <input type="checkbox"/> 保有個人データの消去
利用停止等の内容	
報告先	<input type="checkbox"/> 郵送 郵送先： <input type="checkbox"/> 上記住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所（〒 - ） _____ 電話番号：() - _____

代理の方が請求される場合は、以下の欄にもご記入ください。

ご本人の状況等	(フリガナ) ご本人の氏名： _____ (年 月 日生) ご本人の住所： <input type="checkbox"/> 請求者（代理人）の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所（〒 - ） _____ ご本人の状況： <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 破産者 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> () 本人との関係： <input type="checkbox"/> 委任を受けた (<input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 法定代理人 (<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 管理人 <input type="checkbox"/>)
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(添付書類)

本人：運転免許証 パスポート 住民票 ()

代理人：委任状 印鑑証明書 戸籍謄本 審判書 ()