

個人データの訂正、利用停止、消去等の請求

年 月 日

〒336 8666

埼玉県さいたま市南区沼影1-11-1

高田ヘルスケアソリューションズ 株式会社

個人情報相談窓口担当者

(データ本人)

ご住所 _____

お名前 _____

お電話番号(_____) - _____

(代理人)

ご住所 _____

お名前 _____

お電話番号(_____) - _____

個人情報の保護に関する法律の規定に基づき、私に関して高田ヘルスケアソリューションズ株式会社が保有する個人情報、個人データについて、次のとおり請求します。

該当するものに✓印をご記入ください。

訂正

追加

削除

訂正、追加、削除のご請求の場合、ご記入ください。

訂正、追加、削除前データ

訂正、追加、削除後データ

お願い

1. 必要事項をご記入の上、ご郵送下さるようお願いいたします。
2. ご本人またはご本人の代理人の請求であることを確認するため、下記書類をご提出願います。
 - (1) 本人確認
 - ・運転免許証またはパスポートのコピーと戸籍謄本または住民票の原本
 - ・運転免許証またはパスポートをお持ちでない場合は、健康保険証または年金手帳のコピーと戸籍謄本または住民票の原本
 - (2) 代理人確認
 - ・代理人の本人確認 上記(1)と同じ
 - ・代理権の確認
 - (法定代理人) 戸籍謄本、審判書のコピー
 - (任意代理人) ご本人の実印のある委任状、およびご本人の印鑑登録証明書