

(様式 4)

保有個人データ利用停止等請求書

バイエル薬品株式会社 御中

請求年月日 年 月 日

請求者氏名: \_\_\_\_\_ 印

ご本人に関する情報

フリガナ 氏 名		電話番号 自宅( ) - 携帯( ) -
住 所	〒 -	
所属団体(会社)名	(部署名)	

代理人に関する情報 \*代理人によるご請求の場合のみご記入ください

フリガナ 氏 名		電話番号 自宅( ) - 携帯( ) -
住 所	〒 -	

◆ご本人によるご請求の場合の添付書類(\*1)

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面)の写し	
--------	---	--

◆代理人によるご請求の場合の添付書類(\*1)

代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面)の写し	
代理権確認のための 添付書類	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他
	任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 委任状及び請求者ご本人の印鑑証明書(*2)

**保有個人データを特定するための情報** \*請求される情報の特定のため、わかる範囲でご記入ください。

弊社とのご関係	<input type="checkbox"/> 医師・医療従事者 <input type="checkbox"/> 一般消費者 <input type="checkbox"/> 特約店企業担当者 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他( )
個人情報の提供時期	年 月 頃
弊社担当者名	部門 (担当名)
ご購入、ご利用いただいた商品名、サービス名、プロジェクト名その他	

請求される内容	<input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去
保有個人データの利用停止等を求める根拠	次のいずれかの法律違反を是正するため(該当項目にチェック) <input type="checkbox"/> 利用目的の範囲を超える利用 <input type="checkbox"/> 不正な取得
上記の違反内容を具体的に記入ください。	
利用停止等を求める情報の内容	

\*1 同封いただいた添付書類の□にチェックを入れてください。

\*2 委任状には請求者ご本人の実印をご捺印ください。