

保有個人データ開示請求書

_____年 月 日

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社メディカル カンパニー お客様個人情報問合わせ窓口 行

「個人情報の保護に関する法律」第 25 条第 1 項に基づき、次の通り請求します。

(チェックボックス/ には必ずチェックをしてください。)

ご本人	住所 〒 -	
	フリガナ 氏名	自宅電話 () -
代理人 (代理人の方が請求する 場合は、こちらも記入 してください)	住所 〒 -	
	フリガナ 氏名	自宅電話 () -
	代理人の種別： A．未成年者又は成年被後見人の法定代理人 B．請求することにつきご本人が委任した代理人	
ご本人の属性	医療従事者 お取引先関係者 その他 ()	
個人情報の提供の経緯等 (提供の方法及び時期、 ご本人と当社との関係等、 詳細を記入してください)	例 1： 年 月頃、貴社ホームページ上の キャンペーンに応募する際に提供。 例 2： 年 月頃、貴社主催の 研究学会に参加した際のアンケートに記入。	
開示を求める項目	氏名 生年月日 住所 電話番号 FAX 番号 E-mail アドレス 勤務先 その他 (以下余白にできるだけ詳しくご記入ください)	

*1: 本請求書、提出書類一式及び手数料 (800 円分の郵便切手) を同封の上、**簡易書留郵便**にてご送付下さい。

*2: 本請求書により当社が取得した個人情報は、当該手続のための調査、ご本人並びに代理人の本人確認、及び当該請求に対する回答に利用いたします。