エムスリーキャリア株式会社行き

**個人情報に関する開示等申請書**

年　　月　　日

下記の必要事項をご記入いただき、必要な本人確認書類（代理人確認書類）等を添付の上、弊社指定の宛先までご郵送・ご連絡ください。なお、郵送料は申請者の負担となります。

|  |
| --- |
| 請求事項及び請求の具体的な内容をご記載ください。 |
| 請求事項 | * 利用目的の通知※
 | * 開示※
 | * 訂正
 | * 追加
 | * 削除
 |
| * 第三者提供記録の開示※
 | * 利用停止
 | * 消去
 | * 第三者提供の停止
 |
| 請求内容 | (請求事項に応じた具体的な請求内容) |
| 請求者(本人)の職種 | □医師　　□薬剤師　　□病院事務職　　□医学生　　□薬学生□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 「利用目的の通知」「開示」「第三者提供記録の開示」の請求については、1件毎に500円の手数料を徴収しております。手数料は、定額小為替500円分にて弊社宛にご送付ください。

|  |
| --- |
| * 請求者(本人)（必ず、下記への記入及び必要書類を添付し、送付してください。）
 |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 本人確認書類 | ★下記の(1)又は(2)のいずれかを本書に添付し、送付してください。(1) □運転免許証※　□パスポート　□個人番号カード　の内の１種類のコピー(2) □健康保険証　　□年金手帳　　□住民票※など　　の内の２種類のコピー |

* 運転免許証又は住民票等の本籍地がある場合には、住所の都道府県以降を黒く塗りつぶしてからご提出ください。

|  |
| --- |
| 代理人(代理人が申請する場合は、上記に加え、下記への記入及び必要書類を添付の上、送付してください。)  |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 本人との関係 | □任意代理人　法定代理人（□親権者　□未成年後見人　□成年後見人） |
| 本人との代理関係を証明する書類 | 任意代理人の場合 | □委任状　□本人の印鑑登録証明書　の両方 |
| 法定代理人の場合 | □戸籍謄本　□続柄が記載された住民票□（未成年後見、成年後見）登録事項証明書 |
| 代理人の本人確認書類 | ★下記の(1)又は(2)のいずれかを本書に添付し、送付してください。(1) □運転免許証※　□パスポート　□個人番号カード　の内の１種類のコピー(2) □健康保険証　　□年金手帳　　□住民票※など　　の内の２種類のコピー |

* 運転免許証又は住民票等の本籍地がある場合には、住所の都道府県以降を黒く塗りつぶしてからご提出ください。

弊社使用欄―――――――――――――――――――――――

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 |  | 本人確認 |  | 対応完了日 |  |
| 受付担当者 |  | 代理人確認 |  |  |  |
| 備考 |  |