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					