

保有個人データ利用停止等請求書

年 月 日

大正製薬ホールディングス株式会社
個人情報問合せ窓口
〒170-8655 東京都豊島区高田3-24-1
電話番号(03)3985-2020 (大代表)

ご住所：(〒 ー)

請求者

(ふりがな
ご氏名： 
電話番号：(ー)
(日中ご連絡の取れる番号をお願い致します)
※本人との関係： ☐本人 ☐代理人

「個人情報保護に関する法律」第35条第1項に基づき、次の通り請求致します。
(但し、株主様の保有個人データに関しては、別に定める弊社内規「法定備置書類等閲覧・謄写等取扱要領」に従ったお手続きをお願い致します。)

請求事項	☐ 利用停止 ☐ 消去 ☐ 第三者あて提供の停止 (該当のものに"✓"印を付けて下さい)
利用停止等を請求する保有個人データの項目、内容	
請求者ご本人であることの確認資料	ご郵送による請求で1～6による場合には、何れか2つの資料のコピーをお送り下さい。ご選択された資料には"✓"印をつけて下さい。ご来社のうえ請求される場合は、何れかひとつをご持参下さい。 また、何れの場合も請求者のご住所は、確認資料のご住所と同一であることをご確認ください。 ☐ 1. 運転免許証 ☐ 2. パスポート(旅券) ☐ 3. 健康保険の被保険者証 ☐ 4. 年金手帳 ☐ 5. マイナンバーカード(表面) ☐ 6. 外国人登録証明書 ☐ 7. 印鑑証明書(この場合、請求者印は実印をお願い致します)
回答方法	☐ 郵送(請求者の住所と同じ) ☐ ご来社 (ご来社の際には、改めて上記資料の原本を確認させていただきます) ☐ 電子メール(メールアドレス：) ※ ご回答の前に、ご本人様のメールアドレスかどうかを確認させて頂く場合があります。

弊社におけるご請求事項の円滑な調査のため、次の点についてご開示頂きますよう、ご協力お願い致します。

ご本人と弊社 の関係 (該当事項全てに "✓"をおつけ下さい)	☐ 株主 ☐ 関係会社お取引先 (口座番号) ☐ 弊社お取引先 ☐ 消費者 ☐ 医療関係者 () ☐ 弊社関係者() ☐ その他 ()
ご請求の理由	

代理人の方が請求される場合には、以下の事項もご記入、ご選択(✓)下さい。

ご本人	ご氏名： ご住所：(〒 ー)	
代理人とご本人との関係	☐ 親権者 ☐ 成年後見人 ☐ その他代理人	請求者が弁護士の場合、登録番号をご記入下さい 登録番号：_____
上記関係を示す書類	☐ 戸籍謄本 ☐ 成年後見人登記事項証明書 ☐ ご本人の委任状・印鑑証明書	

本請求書及び確認資料の個人情報は、ご請求に関わる弊社の調査、ご連絡、ご回答のために利用致します。