

開示等の求めの申込用紙

〒151-8589

東京都渋谷区代々木三丁目 22 番 7 号

新宿文化クイントビル

ファイザーヘルスリサーチ振興財団 行

貴財団が保有している_____氏の個人情報について下記の請求をします。

1. 開示等の求めの対象となる方のご住所、お名前およびお電話番号 <ご本人が請求される場合は記載不要です>	ご住所： _____ _____ お名前： _____ _____ お電話番号： _____ _____
2. 請求内容	個人情報の、 ① 開示 ② 訂正 ③ 追加 ④ 削除 ⑤ 利用停止 ⑥ 消去 ⑦ 利用目的の通知 ⑧ 第三者への提供の停止 ⑨ 苦情 <該当するものを○で囲んでください。>
3. 対象となる個人情報 <開示等の求めの対象となる個人情報の種類・項目をご記入ください>	
4. 個人情報を提供された時期 <例：〇〇年〇〇月頃など>	

5. 個人情報を提供された方法 <例: ご本人が請求される場合には記載不要です>	
6. 請求人（あなた）と開示等の求めの対象となる個人情報の主体との関係	請求人（あなた）と開示等の求めの対象となる個人情報の主体との関係は、 ① 本人 ② 代理人 です。 <該当するものを○で囲んでください。>
7. 訂正、追加、削除の内容と理由 <2. 請求内容で②訂正、③追加または④削除に○をつけた場合のみご記入ください>	
8. 苦情の内容と理由 <2. 請求内容で⑨の苦情に○をつけた場合のみご記入ください>	
9. その他 <付け加えることなどをご記入ください>	

200 年 月 日

ご住所： _____

お名前： _____

お電話番号： _____