

株式会社ホルミシスメディカルサポート  
個人情報問い合わせ窓口 御中

## 個人情報開示請求書

私は、個人情報保護法第 29 条に基づき、下記の事項を請求いたします。

### 記

請求日	平成 年 月 日
住所	〒
氏名	印
電話番号	
FAX番号	
e-mail アドレス	
当社との関係	<input type="checkbox"/> お客様（ご利用商品名： ）
	<input type="checkbox"/> 株主 <input type="checkbox"/> 当社従業員 <input type="checkbox"/> 退職者
	<input type="checkbox"/> その他具体的にご記入ください（ ）
請求の内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除
	<input type="checkbox"/> 利用の停止又は消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止
請求の詳細	

### 注意事項

1. ご本人を確認できる書類の写し（免許証の写し等）の添付をお願いします。なお、当該書類は、本人確認の後、回答書と一緒に返却いたします。
2. 代理人がご請求される場合には、ご本人及び代理人の身分証明書の写し並びに委任状の添付をお願いします。
3. 弊社の回答は、ご本人の身分証明書に記載の住所に簡易書留郵便にて郵送します。
4. 本請求書にご記入いただいた個人情報は、開示等を行うために必要な範囲で利用します。

### （個人情報取扱事業者の名称）

株式会社ホルミシスメディカルサポート  
問合せ先：個人情報保護管理担当  
〒169-0075 東京都新宿区高田馬場 1-6-16 ユニオンビル 804  
TEL:03-5292-1534 FAX:03-3662-0662  
e-mail: info@horme.co.jp