

個人情報の利用目的の通知・開示等の請求書

日本人材開発医科学研究所 お客様窓口 行

〒 102-0083

東京都千代田区麹町 2-1-4-2 麹町NKビル 1F

TEL : 03-3237-5311 FAX : 03-3237-5310

E-MAIL : shiota@jhms.co.jp

平成 年 月 日

ご住所 _____

お名前 (ふりがな) _____

お電話番号 _____

生年月日 大昭平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

貴社が保有する私の個人情報に関して、下記の事項を請求します。

① 請求事項 (請求事項に○をつけてください。)

- | | |
|-----------|-----------|
| 1 利用目的の通知 | 2 開示 |
| 3 訂正 | 4 利用停止 |
| 5 消去 | 6 第三者提供停止 |

② 訂正事項 (上記3の請求をされる方)

訂正前の個人情報 _____

新しい個人情報 _____

③ 請求の理由 (上記4、5または6の請求をされる方は、請求の理由として、以下のいずれかに○をつけてください。)

- 1 個人情報が利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱われている。
- 2 不正手段によって取得された個人情報である。
- 3 法律に違反して個人情報が第三者に提供されている。
- 4 上記以外 (_____)

④ 回答の郵送先

1. 郵送先ご住所 _____

2. 郵送先ご氏名 _____ (電話番号) _____