個人情報 開示請求書

久光-サノフィ株式会社
個人情報保護 統括責任者　行

私は以下のとおり個人情報の開示を請求いたします。

１．開示を求める個人情報の項目

２．久光-サノフィ株式会社とのご関係

□医療機関の方　□お薬ご利用者　□その他
(　　)

３．回答の受取方法

□ 郵送　(配達証明付書留郵便)
□ FAX　FAX 番号: (　　) －

４．開示申込みに必要なもの

① 開示申込み手数料 500 円切手を同封します。

② 本人確認のため以下のいずれかを添付いたします。
□ パスポートの写し (1 通)
□ 運転免許証の写し (1 通)
□ 健康保険証、年金手帳、納税証明書 (いずれか２種類)

年　月　日

ご住所　〒

電話番号　(　　) －　弊社からご連絡を差し上げる場合がございますので、必ずご記入下さい。

お名前