

保有個人データ利用停止等請求書

年 月 日

株式会社コンフィアンス

ドクター・リンサクライお客様窓口 行

ご住所 : (〒 -)

請求者 ご氏名 : _____ 印

TEL : () -

私は、
私 (請求者が本人である場合) に関する
 _____ (請求者が代理人の場合) 保有個人データについて、次のと

おり請求します。

請求事項	保有個人データの <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 提供停止
当社との関係 (お取引の内容、接点)	
利用停止等の内容等 および理由	【利用停止等を求める項目】 【提供停止を求める場合は、提供停止を求める第三者の範囲】 【利用停止等の理由】
報告の方法	<input type="checkbox"/> 郵送 郵送先 : <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の郵送先 ご住所 (〒 -) ご氏名 _____ <input type="checkbox"/> FAX FAX 番号 : () - _____ <input type="checkbox"/> 電子メール アドレス : _____

1. ご本人またはご本人の代理人のご請求であることをご確認させていただくために、以下の書類をご提出ください。

【ご本人が請求される場合】

- ・運転免許証、パスポート、健康保険証のいずれかのコピー1部

【代理人が請求される場合】

- ・ご本人の実印を押印した代理権を証する書面およびご本人の印鑑証明書
- ・代理人の運転免許証、パスポート、健康保険証のいずれかのコピー1部
- ・ご本人の運転免許証、パスポート、健康保険証のいずれかのコピー1部