

「保有個人データ」利用禁止等申請書

年 月 日

下記の必要事項を記入の上、必要な本人確認書類（運転免許証、パスポートなどの公的書類のコピー1点）を添付し、弊社窓口にて配達記録郵便にてご郵送ください（郵送料は申請者の負担となります）。

太枠内は、必須記載事項となりますので、ご記入漏れのないよう、ご注意ください。

弊社窓口 〒163-1310 東京都新宿区西新宿 6-5-1 新宿アイランドタワー10F 株式会社エスアールエル・メディサーチ 経営管理部
--

封筒に朱書きで「利用禁止等申請書在中」とお書き添え頂ければ幸いです。

利用禁止等の対象となる方を特定するための情報 （他の方の個人情報を誤って開示するおそれ等がありますので、太枠内はすべてご記入ください。）	
氏名	
ふりがな	
生年月日	年 月 日
住所	〒 -
電話番号	() - 日中にご連絡できる電話番号をご記入ください
本人の確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()

利用禁止等申請者の情報 （利用禁止等の対象となる人と利用禁止等を申請する人とが異なる場合のみご記入ください。）		
氏名		
ふりがな		
住所	〒 -	
電話番号	() - 日中にご連絡できる電話番号をご記入ください	
利用禁止等の対象となる人との関係	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人
	任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他()
関係を証明する書類	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書
	任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 委任状と本人との印鑑証明書
利用禁止等申請者の確認事項	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	

ご希望の処理の種類

(ご希望の処理の種類の番号に○印をつけ、それぞれ理由を具体的にご記入ください。)

1	利用 停 止	理由
		A 利用目的達成に必要な範囲を超えた利用
		B 不正な方法による取得

2	消 去	理由
		A 利用目的達成に必要な範囲を超えた利用
		B 不正な方法による取得

3	第 三 者 提 供 の 停 止	提供先 または 提供方法