

保有個人データ利用目的通知請求書

年 月 日

カーディナル ヘルス ジャパン、日本コヴィディエン お客様個人情報問い合わせ窓口 行

「個人情報の保護に関する法律」第 24 条第2 項に基づき、次の通り請求します。

(チェックボックス/□には必ずチェックをしてください。)

ご本人の情報	住所：〒 フリガナ 氏名： 自宅電話番号：
代理人 (代理人の方が請求する場合は、こちらにも記入してください)	住所：〒 フリガナ 氏名： 自宅電話番号： 代理人の種別： <input type="checkbox"/> A. 未成年者又は成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> B. 請求することにつきご本人が委任した代理人
ご本人の属性	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> お取引先関係者 <input type="checkbox"/> その他 ()
個人情報の提供の経緯等 (提供の方法及び時期、ご本人と当社との関係等、詳細を記入してください)	例1：〇〇年〇〇月頃、貴社ホームページ上の〇〇キャンペーンに応募する際に提供。 例2：〇〇年〇〇月頃、貴社主催の〇〇研究会に参加した際のアンケートに記入。

*1：本請求書、提出書類一式及び手数料（800 円分の郵便切手）を同封の上、簡易書留郵便にてご送付ください。

*2：本請求書により当社が取得した個人情報は、当該手続のための調査、ご本人並びに代理人の本人確認、及び当該請求に対する回答に利用いたします。

保有個人データ開示請求書

年 月 日

カーディナル ヘルス ジャパン、日本コヴィディエン お客様個人情報問合わせ窓口 行

「個人情報の保護に関する法律」第 25 条第1 項に基づき、次の通り請求します。

(チェックボックス/□には必ずチェックをしてください。)

ご本人の情報	住所：〒 〒 氏名： 自宅電話番号：
代理人 (代理人の方が請求する場合は、こちらにも記入してください)	住所：〒 〒 氏名： 自宅電話番号： 代理人の種別： <input type="checkbox"/> A. 未成年者又は成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> B. 請求することにつきご本人が委任した代理人
ご本人の属性	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> お取引先関係者 <input type="checkbox"/> その他 ()
個人情報の提供の経緯等 (提供の方法及び時期、ご本人と当社との関係等、詳細を記入してください)	例 1：〇〇年〇〇月頃、貴社ホームページ上の〇〇キャンペーンに応募する際に提供。 例 2：〇〇年〇〇月頃、貴社主催の〇〇研究学会に参加した際のアンケートに記入。
開示を求める項目	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX 番号 <input type="checkbox"/> E-mail アドレス <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 (以下余白にできるだけ詳しくご記入ください)

*1: 本請求書、提出書類一式及び手数料 (800 円分の郵便切手) を同封の上、簡易書留郵便にてご送付下さい。

*2: 本請求書により当社が取得した個人情報は、当該手続のための調査、ご本人並びに代理人の本人確認、及び当該請求に対する回答に利用いたします。

保有個人データ訂正等請求書

年 月 日

カーディナル ヘルス ジャパン、日本コヴィディエン お客様個人情報問合わせ窓口 行

「個人情報の保護に関する法律」第 26 条第1 項に基づき、次の通り請求します。

(チェックボックス/□には必ずチェックをしてください。)

ご本人の情報	住所：〒 〒 氏名： 自宅電話番号：
代理人 (代理人の方が請求する場合は、こちらにも記入してください)	住所：〒 〒 氏名： 自宅電話番号： 代理人の種別：□A. 未成年者又は成年被後見人の法定代理人 □B. 請求することにつきご本人が委任した代理人
ご本人の属性	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> お取引先関係者 <input type="checkbox"/> その他 ()
個人情報の提供の経緯等 (提供の方法及び時期、ご本人と当社との関係等、詳細を記入してください)	例1：〇〇年〇〇月頃、貴社ホームページ上の〇〇キャンペーンに応募する際に提供。 例2：〇〇年〇〇月頃、貴社主催の〇〇研究学会に参加した際のアンケートに記入。
請求理由	<input type="checkbox"/> データ内容が事実ではない <input type="checkbox"/> その他 ()
請求内容	①訂正内容 1. 訂正前： 2. 訂正後： ②追加内容 ③削除内容

*1: 本請求書、提出書類一式及び手数料(800 円分の郵便切手)を同封の上、簡易書留郵便にてご送付下さい。

*2: 本請求書により当社が取得した個人情報は、当該手続のための調査、ご本人並びに代理人の本人確認、及び当該請求に対する回答に利用いたします。

保有個人データ利用停止等請求書

年 月 日

カーディナル ヘルス ジャパン、日本コヴィディエン お客様個人情報問合わせ窓口 行

「個人情報の保護に関する法律」第 27 条第1 項又は第2 項に基づき、次の通り請求します。

(チェックボックス/□には必ずチェックをしてください。)

ご本人の情報	住所：〒 〒 氏名： 自宅電話番号：
代理人 (代理人の方が請求する場合は、こちらにも記入してください)	住所：〒 〒 氏名： 自宅電話番号： 代理人の種別： <input type="checkbox"/> A. 未成年者又は成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> B. 請求することにつきご本人が委任した代理人
ご本人の属性	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> お取引先関係者 <input type="checkbox"/> その他 ()
個人情報の提供の経緯等 (提供の方法及び時期、ご本人と当社との関係等、詳細を記入してください)	例1：〇〇年〇〇月頃、貴社ホームページ上の〇〇キャンペーンに応募する際に提供。 例2：〇〇年〇〇月頃、貴社主催の〇〇研究学会に参加した際のアンケートに記入。
請求内容	<input type="checkbox"/> ①利用停止 <input type="checkbox"/> ②消去 <input type="checkbox"/> ③第三者提供の停止
請求理由	①利用停止の場合 <input type="checkbox"/> 同意のない利用目的外での取扱い <input type="checkbox"/> 不正な手段による取得 <hr/> ②消去の場合 <input type="checkbox"/> 同意のない利用目的外での取扱い <input type="checkbox"/> 不正な手段による取得 <hr/> ③第三者提供の停止の場合 <input type="checkbox"/> 同意のない第三者への提供

*1：本請求書及び提出書類一式を同封の上、簡易書留郵便にてご送付下さい。

*2：本請求書により当社が取得した個人情報は、当該手続のための調査、ご本人並びに代理人の本人確認、及び当該請求に対する回答に利用いたします。