

個人情報 開示申込書

ご記入にあたって

- 下記の必要事項をご記入いただき、ご本人であることを証明できる書類等を同封の上、以下の送付先にご郵送ください。
(なお、郵送料はお客様のご負担となりますこと、ご了承ください)
- 太枠内は必須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。
- ご記入いただいた個人情報は、今回の個人情報開示の諸手続きのみに使用いたします。

1. 「開示の対象となる方（ご本人）」を特定するための情報（必ずご記入ください）

ふりがな			
氏名			印
生年月日	年	月	日
現住所	〒	-	
日中連絡先電話番号	-	-	

2. 代理人が開示を請求される場合（開示対象者ご本人と請求される方が異なる場合のみ、ご記入ください）

ふりがな			
代理人氏名			印
代理人住所	〒	-	
代理人 日中連絡先電話番号	-	-	
開示の対象者との関係	未成年の親権者 ・ 成年後見人 ・ 本人委任の代理人		

3. 弊社からの回答書の送付先（いずれかに○をつけてください）

郵送先	1. に記入した現住所・氏名	2. に記入した代理人住所・氏名
-----	----------------	------------------

4. 開示を希望される項目

開示を希望する項目に○を付けてください（複数可）

カルテコ関連	カルテコでは閲覧できない情報のみ ・ カルテコで閲覧可能な情報を含む全ての情報
オンラインドクターバンク関連	オンラインドクターバンクでは閲覧できない情報のみ ・ オンラインドクターバンクで閲覧可能な情報を含めて全ての情報
その他	その他
対象期間	年 月 ~ 年 月

5. 弊社で情報を特定するために必要な情報

カルテコ関連をご希望の場合（任意ですが、記載ない場合は調査に時間を要することがあります。）

ログインID
(ログイン用メールアドレス)

オンラインドクターバンク関連をご希望の場合（任意ですが、記載ない場合は調査に時間を要することがあります。）

ログインID
(ログイン用メールアドレス)

私は、メディカル・データ・ビジョンの保有個人データについて、上記の通り開示請求をいたします。
なお、開示請求に際し、メディカル・データ・ビジョン所定の手数料ならびに郵送料等を負担することについて、承諾いたします。

ご記入日： 年 月 日
ご請求者氏名 印

- ご記入漏れ、印鑑の押し忘れがないか、もう一度ご確認ください。
- お送りいただく書類に不備がないか、もう一度ご確認ください。

【お送りいただく書類】

ご本人が請求する場合	お客さま情報開示申込書（本書類）
	ご本人確認書類（開示の対象となる方）
代理人として請求する場合	お客さま情報開示申込書（本書類）
	ご本人確認書類（開示の対象となる方）
	ご本人確認書類（代理人の方）
	代理人資格の証明書

【送付先】

〒101-0053
東京都千代田区神田美土代町7番地 住友不動産神田ビル10階
メディカル・データ・ビジョン株式会社 情報セキュリティ管理責任者 宛

- 開示請求に係る送料は、お届け先着払いにてご負担いただけます。
- 弊社は、開示請求書を受領の日から原則として2週間以内に、個人情報を開示するかどうかを決定し、その旨をお知らせいたします。
ただし、開示請求の内容等による事務処理上の事情、その他正当な理由により、その期間を延長する場合があります。