

## 個人情報の開示請求依頼書

株式会社 東海細胞研究所

PMS責任者 宛

TEL 058(273)4399 FAX 058(273)4392

貴社が保有している私の個人情報について、下記の内容を依頼致します。

ご本人記入欄	
依頼日	年 月 日
フリガナ	
氏名	
住所	〒 -
電話番号	FAX番号
ご依頼事項	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知
	<input type="checkbox"/> 開示
	<input type="checkbox"/> 訂正(変更・追加)
	<input type="checkbox"/> 削除
	<input type="checkbox"/> 利用停止または提供停止
訂正の内容	<input type="checkbox"/> 住所 <b>【訂正の内容を具体的にご記入願います】</b>
	<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"/> その他
処理結果のご連絡方法	<input type="checkbox"/> e-mail <b>【連絡先をご記入願います】</b>
	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> FAX
	<input type="checkbox"/> その他

※弊社が保有する「個人情報」に関する開示請求のご依頼は、ご本人様からお申し出により処理を致します。  
ご依頼のあった事項につきまして5営業日以内に処理をし、ご本人様もしくはその代理人様を確認後、開示致します。