

# 個人情報開示請求書

## ご依頼者記入欄

ご依頼日	年 月 日	
氏名		
住所		
連絡先		
ご依頼内容	<p><input type="checkbox"/> 自己の情報の開示をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 自己の情報に関する以下の情報の訂正をお願いします。</p> <p>該当する情報 旧: _____</p> <p>新: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 自己の情報に関する以下の情報の削除をお願いします。</p> <p>該当する情報 _____</p> <p><input type="checkbox"/> その他 <table border="1" data-bbox="576 1012 1396 1169" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 400px; height: 50px;"></td></tr></table></p>	

開示のご請求の際は、この個人情報開示請求書とあわせて、ご本人を確認することができる書類（運転免許証のコピーや住民票の写し）が必要となります。

送付先: 〒950-8701 新潟市東区紫竹卸新町1808番地22  
ジェイメディカル株式会社 個人情報お客様相談窓口 宛  
(電話番号:025-272-3311 ファックス番号:025-272-3321)

社用欄(ご記入は不要です。)

受 付	担当者:
	受付日:
実 施	本人確認:
	実施内容:
	実施者:
	実施日: