

个人信息公开等申请书

年 月 日

医疗旅游日本株式会社 行

关于贵公司所保管的我的个人信息希望 (使用目的的通知 公开 修订 追加 删除
停止使用 销毁 停止提供) 特作如下申请。

(注) . 在此 符号内、画 符号表示。

(申请人)

本人申请

住 址 (〒 -)

代理人申请

姓 名 印
码

请将请求个人信息公开的目的及理由填入表格内。

- * 关于个人信息公开等的请求方法，现将本公司保管的请求者的抄本寄送给您。
 - * 如请求办理关于个人信息的公开、使用目的的通知，每次需收取500日元邮票
- 如果是法定代理人代替本人进行申请，请填写下表。

与本人的关系	<input type="checkbox"/> 未成年人的法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年监护人的法定代理人	
本人的姓名及住址	姓名	
	住址 电话号码	

本人确认事项	本人	身份证明复印	
	代理人	另外需要委托书	

(注1) 获取的个人信息只为公开使用。

