

開示・訂正・利用停止申請書

(R4.4.1 版)

株式会社メンタルヘルステクノロジーズ
個人情報相談窓口 御中

私の個人情報の取り扱いについて、以下の通り請求します。
また請求に係る個人情報の取り扱いについても同意します。

- ・個人情報補保護管理者：コーポレート本部 部長 Tel: 03 6277 6595
- ・利用目的：今回の開示等の請求に係る連絡・送達のため
- ・任意性：請求に係る個人情報の提供は任意であること

申請日：令和 年 月 日

対象となる本人 (登録内容)	氏名	印	電話	
	会社名		Email	
代理人	氏名	印	電話	
	住所		Email	

本人確認方法（以下のいずれかから選択してください）

本人確認書類の提出（公的身分証明書 1 種のコピーまたは法人様の場合には会社の在籍証明書）
代理人の場合には、委任状と本人確認書類（公的身分証明書 1 種のコピーを添付）
（本人確認書類として健康保険証を利用する場合は、記号・番号・保険者番号をマスクしてください）

登録済みの 電話または Email の疎通確認による本人確認

請求方法：請求書と本人確認書類を郵送または PDF にして PW をかけメールでお送りください。
ただし手数料がかかる場合には、手数料分の郵便小為替を同封した郵送に限ります。

【請求内容】

訂正	旧	新
氏名		
会社名 部署名 役職		
電話		
Email		
<input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 削除	利用停止または削除を希望する理由	
開示 または 第三者提供 記録の開示	開示を希望するデータ項目	
【開示方法の希望】 電子メール(PW付ファイル) ファイルダウンロード 郵送(手数料は無料)		

利用目的は、当社ホームページに記載しています