

# 個人情報開示等請求書

〒107-0052

東京都港区赤坂1-6-19 KY溜池ビルB1F

株式会社メディマックス

個人情報担当宛

## <ご請求される方の情報>

ご住所 (必須) (ふりがな) 〒		
(ふりがな) 会社名・部署名:		
(ふりがな) ご氏名 (必須)		印
お電話番号 (必須) ( ) -		
ご請求日:平成 年 月 日		

## <代理人によるご請求の場合>

代理人のご住所 (ふりがな) 〒		
(ふりがな) 会社名・部署名:		
(ふりがな) 代理人のご氏名		印
代理人のお電話番号 (必須) ( ) -		

ご請求となる該当番号に○印をつけ、必要内容をご記入ください。

1. 利用目的通知の請求 (有料) [内容をご記入いただく必要はございません]
2. 個人情報の開示の請求 (有料) [どのような内容の情報かをできる限り具体的にお書きください]

--

