

保有個人データの訂正等請求書

西暦 年 月 日

キヤノン ITS メディカル株式会社 御中

ご住所：(〒 -)

請求者 ご氏名： _____ 印

TEL：() -

貴社が保有している、}
私（請求者が本人である場合）
 _____（請求者が代理人の場合）
 の個人データについて、次のとおり請求します。

請求事項	保有個人データの <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
訂正等の内容	【訂正等の項目】 【訂正等の内容】
報告の方法	<input type="checkbox"/> 郵送 郵送先： <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 -) _____ <input type="checkbox"/> F A X F A X 番号： () - _____ <input type="checkbox"/> 電子メール アドレス： _____
代理人の方が開示請求される場合は、以下の欄のご記入ください。	
ご本人の状況等	ご本人のご氏名： _____ ご本人のご住所： <input type="checkbox"/> 請求者（代理人）の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 -) _____ ご本人の状況： <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者