

保有個人データの利用停止等請求書

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	<input type="checkbox"/> 保有個人データの利用停止 <input type="checkbox"/> 保有個人データの消去
利用停止等の内容	
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"/> FAX FAX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