

平成 年 月 日

個人情報の開示、訂正、利用停止、消去等及び第三者提供の停止の請求書

グラクソ・スミスクライン・コンシューマー・ヘルスケア・ジャパン株式会社
個人情報問合せ窓口 行

請求者

住所 〒 -

ふりがな

お名前 _____ 印

電話番号 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

貴社が保有する私(請求者がご本人の場合)または _____ (請求者が代理人の場合)の個人情報に関して、以下の事項を請求します。

代理人が請求される場合は、以下の事項をご記入ください。

対象者

お名前:

住所:

状況 : 未成年者
 成年被後見人
 成年者

請求に係る個人情報の種類は、以下のとおりです。(□にレ印をお願いします。)

- ご本人の全ての個人データ
- 医師、薬剤師、看護婦等の医療従事者情報
- 患者情報
- 消費者情報
- 治験応募者、治験参加者情報
- 取引先情報
- その他

① 請求事項(請求事項に○印をおつけください。)

1. 利用目的の通知
2. 開示
3. 訂正・追加・削除

4. 利用停止・消去
5. 第三者提供の停止

② 訂正、追加、削除事項(上記3 の請求をされる方)

- 1 データが事実でない
- 2 上記以外 _____

● 訂正の場合

訂正前 _____
訂正後 _____

● 追加の場合

追加項目 _____
追加内容 _____

● 削除の場合

削除項目 _____

③請求の理由(上記4.または5.の請求をされる方は、以下のいずれかに○印をおつけください。)

1. 個人情報が利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱われている。
2. 不正手段によって取得された個人情報である。
3. 法律に違反して個人情報が第三者に提供されている。