

## 内容

①保有個人データ利用目的通知請求書 .....	2
②保有個人データ開示請求書 .....	3
③保有個人データ訂正等請求書 .....	3
④保有個人データ利用停止請求書 .....	5

### <請求書の記載及び請求にあたってのご注意>

1 ご請求いただく内容に応じて、4種類の請求書をご用意しております（①利用目的通知請求、②開示請求、③訂正等の請求、④利用停止請求）。適切な書式をご選択ください。請求書内の該当する項目の口にはレ点を記入してください。

#### 2 請求者の「住所」「氏名」

開示決定通知等は、ここに記載いただいた氏名および住所宛にお届けしますので、正確にご記入願います。また、ご請求に関するお問い合わせ等を行う際に必要になりますので電話番号もご記入ください。なお、代理人の方が開示請求をされる場合には、「請求者」の欄には代理人の氏名、住所、電話番号を記載してください。

#### 3 手数料について

保有個人データの①利用目的の通知または②開示をご請求いただく場合には、手数料として1件あたり800円分の郵便切手を同封してください。

#### 4 確認書類等

##### （1）請求者ご自身の確認書類

請求者ご自身の確認のため、運転免許証、健康保険の被保険者証、住民基本台帳カード等の住所・氏名が記載されている書類の写し（コピー）を提出してください。なお、ご請求の対象となる個人データのご本人自身からのご請求であって、当社医薬情報担当者（MR）その他当社担当者が直接ご本人を確認させていただいたうえでの請求など、書類以外の方法で本人確認がなされている場合は請求者ご自身の確認書類のご提出は不要です。この場合、そのような確認がなされている旨を請求書の「1 請求者ご自身の確認書類」の欄の「その他」に記載してください。

##### （2）代理権の確認書類（※代理人によるご請求の場合）

「本人の状況等」欄以降は、代理人によるご請求の場合にのみ記載してください。代理人自身に係る上記（1）に掲げる書類に併せて、請求書の「3 代理権の確認書類」の欄に記載の書類を提出してください。

- ✓ 請求書
  - ✓ 請求者ご自身の確認書類
  - ✓ 代理権の確認書類（※代理人による請求の場合のみ）
  - ✓ 手数料（1件毎に郵便切手800円分）（利用目的の通知または開示を請求する場合のみ）
- 上記書類等一式を封筒に入れ、郵便にてご送付ください。（送料は自己負担でお願いいたします。）

送付先：〒530-0011 大阪市北区大深町3番1号 グランフロント大阪 タワーB

**アストラゼネカ株式会社**

個人データ相談窓口

## 保有個人データ利用目的通知請求書

平成 年 月 日

アストラゼネカ株式会社 行

請求者

住所：〒

氏名（ふりがな）：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）

Tel：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）

「個人情報の保護に関する法律」第27条第2項等に基づき、貴社が保有する

- 私  
 \_\_\_\_\_（請求者が代理人の場合）
- の保有個人データについて次の通り請求します。

請求事項	保有個人データの <b>利用目的の通知</b>
貴社と本人との関係	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 顧客（_____のお取引に関する） <input type="checkbox"/> その他（_____）

## 本人確認等

1 請求者ご自身の確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（住所記載のあるもの）の写し <input type="checkbox"/> その他（_____）
代理人の方が請求をされる場合は、以下の欄もご記入ください。
2 本人（請求対象となる個人データについての”ご本人”をいいます。）の状況等 (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者 (イ) 本人の氏名（ふりがな）：_____（_____） (ウ) 本人の住所：〒
3 代理権の確認書類  <b>【任意代理人の場合】</b> <input type="checkbox"/> 本人からの委任状および本人の印鑑証明書  <b>【未成年者の保護者が代理人として請求する場合】</b> <input type="checkbox"/> 本人と代理人が共に記載された戸籍簿謄抄本 または 同住民票の写し  <b>【成年後見人その他の法定代理人の場合】</b> <input type="checkbox"/> 登記事項証明書、家事審判書謄本等のコピー 等

保有個人データ開示請求書

平成 年 月 日

アストラゼネカ株式会社 行

請求者

住所：〒

氏名（ふりがな）： \_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）

TEL： \_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）

「個人情報の保護に関する法律」第28条等に基づき、貴社が保有する

- 私  
 \_\_\_\_\_（請求者が代理人の場合）
- の保有個人データの開示を請求します。

請求事項	保有個人データの開示
貴社と本人との関係	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 顧客（_____のお取引に関する） <input type="checkbox"/> その他（_____）
開示を請求する保有個人データの種類等	※開示を請求する保有個人データの名称など、開示請求する保有個人データを特定できるような情報を具体的に記載してください。 （例：「〇〇年〇月～〇〇年〇月」の「講師謝金」）

本人確認等

1 請求者ご自身の確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（住所記載のあるもの）の写し <input type="checkbox"/> その他（_____）
代理人の方が請求をされる場合は、以下の欄もご記入ください。
2 本人（請求対象となる個人データについての”ご本人”をいいます。）の状況等 (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者 (イ) 本人の氏名（ふりがな）： _____（_____） (ウ) 本人の住所： 〒
3 代理権の確認書類  <b>【任意代理人の場合】</b> <input type="checkbox"/> 本人からの委任状および本人の印鑑証明書  <b>【未成年者の保護者が代理人として請求する場合】</b> <input type="checkbox"/> 本人と代理人が共に記載された戸籍簿謄抄本 または 同住民票の写し  <b>【成年被後見人その他の法定代理人の場合】</b> <input type="checkbox"/> 登記事項証明書、家事審判書謄本等のコピー 等

## 保有個人データ訂正等請求書

平成 年 月 日

アストラゼネカ株式会社 行

請求者

住所：〒

氏名（ふりがな）：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）

Tel： \_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）

「個人情報の保護に関する法律」第29条等に基づき、貴社が保有する

- 私  
 \_\_\_\_\_（請求者が代理人の場合）
- の保有個人データについて次の通り請求します。

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
貴社と本人との関係	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 顧客（_____のお取引に関する） <input type="checkbox"/> その他（_____）
訂正等の内容及び理由	※上記請求事項の <input type="checkbox"/> にレ点を記入された請求内容について、どのような訂正等を求めるか、及びその訂正等の理由について記載してください。

## 本人確認等

1 請求者ご自身の確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（住所記載のあるもの）の写し <input type="checkbox"/> その他（_____）
代理人の方が請求をされる場合は、以下の欄もご記入ください。
2 本人（請求対象となる個人データについての”ご本人”をいいます。）の状況等 (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者 (イ) 本人の氏名（ふりがな）：_____（_____） (ウ) 本人の住所：〒
3 代理権の確認書類  <b>【任意代理人の場合】</b> <input type="checkbox"/> 本人からの委任状および本人の印鑑証明書  <b>【未成年者の保護者が代理人として請求する場合】</b> <input type="checkbox"/> 本人と代理人が共に記載された戸籍簿謄抄本 または 同住民票の写し  <b>【成年後見人その他の法定代理人の場合】</b> <input type="checkbox"/> 登記事項証明書、家事審判書謄本等のコピー 等

※このご請求については、手数料は不要です。

保有個人データ利用停止請求書

平成 年 月 日

アストラゼネカ株式会社 行

請求者

住所：〒

氏名（ふりがな）：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）

Tel： \_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）

「個人情報の保護に関する法律」第30条等に基づき、貴社が保有する

- 私  
 \_\_\_\_\_（請求者が代理人の場合）
- の保有個人データについて次の通り請求します。

貴社と本人との関係	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 顧客（_____のお取引に関する） <input type="checkbox"/> その他（_____）
利用停止等の請求の趣旨及び理由	(1) 請求の趣旨 <input type="checkbox"/> 第16条の規定（利用目的による制限）に違反して取り扱われている。 <input type="checkbox"/> 第17条の規定（適正取得）に違反して取得されたものである。 ⇒ <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 を請求する。  <input type="checkbox"/> 第23条第1項の規定（第三者への提供）に違反して第三者に提供されている。 ⇒ 第三者提供の停止 を請求する。 (2) 請求の理由 ※上記「請求の趣旨」の□にレ点を記入された趣旨を裏付ける理由を記載してください。

本人確認等

1 請求者ご自身の確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（住所記載のあるもの）の写し <input type="checkbox"/> その他（_____）
代理人の方が請求をされる場合は、以下の欄もご記入ください。
2 本人（請求対象となる個人データについての”ご本人”をいいます。）の状況等 (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者 (イ) 本人の氏名（ふりがな）：_____（_____） (ウ) 本人の住所：〒
3 代理権の確認書類  <b>【任意代理人の場合】</b> <input type="checkbox"/> 本人からの委任状および本人の印鑑証明書  <b>【未成年者の保護者が代理人として請求する場合】</b> <input type="checkbox"/> 本人と代理人が共に記載された戸籍簿謄抄本 または 同住民票の写し  <b>【成年後見人その他の法定代理人の場合】</b> <input type="checkbox"/> 登記事項証明書、家事審判書謄本等のコピー 等

※このご請求については、手数料は不要です。