

# 保有個人データ 開示等請求書 委任状

山下医科器械株式会社  
経営企画室 個人情報保護管理者 宛て

年 月 日

私（委任者）は、以下の者を代理人と定め、御社が保有する、私（委任者）の保有個人データに関して以下の請求をいたします。

## 1. 委任者（住所と氏名を記載した上、実印を押印してください。）

委任者 住所	〒
委任者 氏名	実印

## 2. 代理人（住所と氏名を記載した上、実印を押印してください。）

代理人 住所	〒
代理人 氏名	実印
連絡が取れる電話番号	

## 3. 委任に関する事項（該当する□にはレ印を記入してください。複数可）

- 保有個人データの利用目的の通知
- 保有個人データの開示
- 保有個人データの内容の訂正・追加・削除
- 保有個人データの利用停止、消去
- 保有個人データの第三者提供の停止

※代理人の確認につきましては、①本委任状のほか下記の②本人確認書類及び③実印の印鑑登録証明書が必要になります。

### （②本人確認書類）

- 顔写真付きの本人確認書類  
運転免許証、パスポート、個人番号カード、在留カード、特別永住者証明書 等の場合  
1点のみで可能。
- 顔写真のない本人確認書類  
健康保険被保険者証、年金手帳等の場合、2点が必要。

以上

## 注意事項

### 1. 開示の対象となる項目

氏名、住所、電話番号、メールアドレス等、「対象となるグループ会社」の「開示対象者」についての保有個人データとなります。

### 2. 開示の請求先（ご郵送先）

住所：〒812-0027 福岡市博多区下川端町 2-1 博多座・西銀ビル 10 階  
ヤマシタヘルスケアホールディングス株式会社 個人情報保護管理者 宛

### 3. 委任による開示の請求に際して提出するもの

#### (1) 保有個人データ開示等請求書 委任状

#### (2) 「開示等の請求」に関する手数料（1,000 円分の郵便切手）

開示料が不足していた場合、および開示料が同封されていなかった場合にはその旨ご連絡申し上げますが、所定の期間内にお支払がない場合には開示のお求めがなかったものとして対応させていただきます。

#### (3) 本人確認のため、または代理人の資格確認のための書面

請求される方が本人以外の場合

##### (イ) 法定代理人の場合

所定申告書 および法定代理権を証する書面（例；戸籍謄（抄）本、住民票（続柄入り））。  
法定代理人確認書類（法定代理人の運転免許証のコピーなど。本人確認書類に準ずる。）

##### (ロ) 任意代理人の場合

所定の委任状、本人確認書類※、及び代理人本人の印鑑登録証明書（作成後 3 ヶ月以内）。

※本人確認書類

○顔写真付きの本人確認書類

運転免許証、パスポート、個人番号カード等の場合 1 点のみで可。

○顔写真のない本人確認書類

健康保険被保険者証、年金手帳等の場合、2 点が必要。

### 4. 開示のお求めに対する回答方法

申請される方の申請書記載住所宛に書面によってご回答申し上げます。

### 5. 開示のお求めに際して取得した個人情報の利用目的

開示のお求めに際して取得した個人情報は、開示のお求めに必要な範囲のみで取扱うものとします。提出頂いた書類は、開示のお求めに対する回答が終了した後 2 年間保存し、その後廃棄させていただきます。

### 6. 「保有個人データ」の不開示事由について

次に定める場合は、不開示とさせていただきます。不開示の決定をした場合はその旨理由を付して通知申し上げます。また、不開示の場合についても所定の手数料を頂きます。

( i ) 申請書に記載されている住所と本人または代理人資格確認書類記載の住所が異なるなど本人が確認できない場合。

( ii ) 代理人による申請に際して、代理権が確認できない場合。

( iii ) 所定の申請書に不備があった場合。

( iv ) 開示のお求めの対象が保有個人データに該当しない場合。

( v ) 当社の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合。

( vi ) その他法令に定める場合および法令に違反することとなる場合。

以上