

## 個人情報の開示等請求書

記入日 年 月 日

シーメンスヘルスケア株式会社  
コンプライアンス本部  
個人情報保護担当 行

### 請求人

氏名	
住所	〒 —
電話	( ) — (日中ご連絡できる電話番号)
FAX	( ) —
メールアドレス	

私は、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、私に関する保有個人データについて、以下の通り請求いたします。

1. 請求内容	<u>保有個人データの開示 ・ 個人情報の利用目的の通知</u> (いずれかを○で囲んでください)
2. 当社との関係 (お取引の内容、請求人の所属・役職等およびその他具体的に記載ください)	
3. 請求の理由	
4. 請求内容の詳細	

- (1)添付書類： 本人確認のための書類として、運転免許証、健康保険証、パスポート、またはその他の本人確認が可能な公的証明書のコピー(以下「本人確認書類」といいます)を本請求書に添付してください。代理人による請求の場合、ご本人様および代理人自身の本人確認書類、ならびにご本人様の署名押印のある委任状と印鑑証明証を添付してください。
- (2)手数料： 1 件の請求につき 1,000 円をご負担いただきます。(振込手数料等は請求者の自己負担とさせていただきます) 手数料の徴収方法は、当社指定口座へ振り込みとします。当社指定口座番号は、請求書を確認し次第、お知らせいたします。
- (3)請求方法： 本請求書に必要事項を記載の上、本人確認のための書類を添付いただき、ホームページに記載された「お問い合わせ窓口」まで配達記録郵便等の記録の残る方法にてご郵送ください。