

## 保有個人データの利用目的通知請求書

平成 年 月 日

DS ファーマバイオメディカル株式会社

個人情報・個人番号相談窓口 行

(請求人) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

私は、「個人情報の保護に関する法律」第27条第2項の規定に基づき、私に関する保有個人データの利用目的の通知を次のとおり請求する。

1. 当社との関係（お取引の内容、接点等）

2. 請求の範囲

- ① 利用目的の通知を求める項目
- ② 利用目的の通知を求める内容

### 添付書類

(注) 本人確認のために必要な次の書類（①と②の両方）を本請求書に添付してください。  
添付いただく書類について、□にレ印をご記入ください。

- ①  「運転免許証」又は 「パスポート」の写し1通
- ②  「住民票」又は 「印鑑登録証明書」の原本1通（発行後3か月以内のもの）

### 手数料

(注) 本件請求1件につき600円の手数料が必要となります。600円分の郵便切手を申請書・必要書類に同封していただくことにより、お支払いください。