

保有個人情報利用目的通知請求書

年 月 日

武田コンシューマーヘルスケア株式会社
 経営管理部 総務グループ
 個人情報相談窓口 行

請 求 者	住 所	〒
	フリガナ	
	氏 名	印
	電話番号	

「個人情報の保護に関する法律」第24条第2項に基づき、貴社が保有している、

- 私（請求者がご本人の場合） の特定個人情報の利用目的の通知を請求します。
- _____（請求者が代理人の場合）

通知方法	<input type="checkbox"/> 郵送 郵送先： <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 -) <input type="checkbox"/> F A X F A X 番号： _____ <input type="checkbox"/> 電子メール アドレス： _____
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。	
ご本人の状況等	ご本人のご氏名： _____ ご本人のご住所： <input type="checkbox"/> 請求者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 (〒 -) _____ ご本人の状況： <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 成年者