

(様式 1)

保有個人データの利用目的通知請求書

(バイエル薬品・バイエルホールディング・バイエルクロップサイエンス)株式会社 御中

請求年月日 年 月 日

請求者氏名: _____ 印

ご本人に関する情報

| | | |
|-------------|-------|----------------------------|
| フリガナ 氏 名 | | 電話番号 自宅() - 携帯() - |
| 住 所 | 〒 - | |
| 所属団体(会社)名 | (部署名) | |

代理人に関する情報 *代理人によるご請求の場合のみご記入ください

| | | |
|-------------|-----|----------------------------|
| フリガナ 氏 名 | | 電話番号 自宅() - 携帯() - |
| 住 所 | 〒 - | |

◆ご本人によるご請求の場合の添付書類(*1)

| | |
|--------|---|
| 本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面)の写し |
|--------|---|

◆代理人によるご請求の場合の添付書類(*1)

| | | |
|-------------------|---|---|
| 代理人確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面)の写し | |
| 代理権確認のための 添付書類 | 法定代理人の場合 | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 任意代理人の場合 | <input type="checkbox"/> 委任状及び請求者ご本人の印鑑証明書(*2) |

保有個人データを特定するための情報 *請求される情報の特定のため、わかる範囲でご記入ください。

| | |
|----------------------------------|--|
| 弊社とのご関係 | <input type="checkbox"/> 医師・医療従事者 <input type="checkbox"/> 一般消費者 <input type="checkbox"/> 特約店企業担当者 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他() |
| 個人情報の提供時期 | 年 月 頃 |
| 弊社担当者名 | 部門 (担当名) |
| ご購入、ご利用いただいた商品名、サービス名、プロジェクト名その他 | |

| | |
|------------------|---------------------------|
| 請求理由 | |
| 利用目的の通知を求める情報の内容 | |
| 納付手数料 | 1件につき839円分の郵便切手を同封してください。 |

*1 同封いただいた添付書類の口にチェックを入れてください。

*2 委任状には請求者ご本人の実印をご捺印ください。