

# 個人情報 開示等請求書

医療法人社団LFP 御中

請求年月日：          年          月          日

プライバシーポリシー第 10 条に基づき、下記のとおり請求します。1 から 5 の欄にご記入ください（3 はご本人が請求される場合、記入不要です）。

## 1. 請求の種類（該当するものに ✓）

☐ **開示（第 7 条）**

当社が保有する個人情報の内容をお知らせします。1 回の請求ごとに金 550 円の手数料がかかります。

☐ **訂正・追加・削除（第 8 条）**

当社が保有する個人情報の内容が事実と異なる場合の訂正等です。手数料はかかりません。

☐ **利用停止・消去・第三者提供の停止（第 9 条）**

当社が保有する個人情報の利用を止める、消す、第三者への提供を止める請求です。手数料はかかりません。

## 2. ご本人について

|                 |  |
|-----------------|--|
| 氏名（フリガナ）        |  |
| 生年月日            |  |
| 住所（〒・番地・建物名まで）  |  |
| 電話番号（日中つながる番号）  |  |
| メールアドレス（お持ちの場合） |  |

### 3. 代理人について（代理人による請求の場合のみ）

|              |  |
|--------------|--|
| 代理人の氏名（フリガナ） |  |
| 代理人の住所       |  |
| 代理人の電話番号     |  |
| ご本人との関係      |  |

### 4. 請求の内容

どの個人情報について、どのような対応を求めるかを具体的にご記入ください。（記入例：「2026 年 9 月から 12 月までの診療記録」「登録されている住所を引っ越し後のものに訂正してほしい」）

|  |
|--|
|  |
|--|

### 5. 同封書類（該当するものに ✓）

- ☐ ご本人の本人確認書類のコピー（運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・資格確認書のいずれか一つ）
- ☐ 【代理人請求のみ】代理人の本人確認書類のコピー（同上のいずれか一つ）
- ☐ 【代理人請求のみ】ご本人の代理人であることを示す委任状

### 6. 送付先

本請求書と本人確認書類は、下記まで**郵送**でお送りください（プライバシーポリシー第 10 条 (3)）。

〒060-0061 北海道札幌市中央区南 1 条西 12 丁目 322 新永ビルディングス 2F

医療法人社団LFP 個人情報お問合せ窓口 宛

手続についてのお問い合わせは、電話 011 — 261 — 6660 またはメール

rigeldentalclinicsapporochuo@gmail.comへどうぞ。本人確認書類はメールでは送らず、必ず郵送でお願いします。

## ご確認ください

---

- 訂正等・利用停止等のご請求を受けたときは、遅滞なく必要な調査を行い、その結果をご本人へご連絡します（プライバシーポリシー第 8 条・第 9 条）。開示のご請求には、遅滞なくお応えします（同第 7 条）。
  - 開示の方法は、当社が合理的と判断する方法によるものとします（プライバシーポリシー第 7 条）。
  - ご本人または第三者の権利利益を害するおそれがある場合など、プライバシーポリシー第 7 条に定める事由に当たるときは、その全部または一部を開示しないことがあります。開示しない決定をしたときは、その旨を遅滞なく通知します。
-