

(様式 2)

保有個人データの開示請求書

(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)

◆開示方法

ご希望の開示方法	<input type="checkbox"/> 書面の提供 <input type="checkbox"/> 電磁的記録の提供
----------	---

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	
開示を求める情報の内容	
納付手数料	1件につき940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。