

平成 年 月 日

株式会社日本メディケートプラン 御中

個人情報利用停止等請求書

貴薬局が保有する下記の個人情報の利用停止、第三者提供の停止を請求いたします。

利用停止等を求める個人情報の対象者	フリガナ ご氏名 ご住所 〒 連絡先 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
利用停止等を求める個人情報の種類	1. 処方せん 2. 調剤録 3. 薬剤服用歴 4. レセプト 5. 服薬情報提供書 6. 顧客データ 7. その他 ()
上記個人情報の利用停止等を求める理由	1) あらかじめ定められた利用目的を超えている 2) 当該個人情報が不正な手段によって取得されている 3) その他 ()
開示請求者	1. 本人 2. 代理人 フリガナ ご氏名 ご住所 〒 連絡先 本人との関係 ()
本人確認方法	1. 保険証 2. 免許証 3. パスポート 4. 代理人の証明書 (本人からの委任状等)

薬局処理欄 (こちらには何も記入しないでください)

利用停止等の可否	保護管理者	代表取締役
1. 開示 2. 請求拒否 理由 :		