

平成 年 月 日

株式会社日本メディケートプラン 御中

## 個人情報訂正等請求書

貴薬局が保有する下記の個人情報の訂正又は追加、削除を請求いたします。

訂正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
訂正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 (                      )
上記個人情報の訂正又は追加、削除を求める場所	
訂正等請求者	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)

訂正等の可否	保護管理者	代表取締役
1. 開示 2. 請求拒否 理由:		