

開示等のご請求方法

1. **当社所定の書類**に必要事項を記入し、前ページ記載の窓口に提出してお申し出下さい。
郵送でのお申し出もお受けしております。

2. ご本人又はご本人の代理人の請求であることを確認するため、下記書類をご提示いただきます。また、ご提示いただいた必要書類の写しをとらせていただきます。(ただし、運転免許証の場合は、氏名・住所・顔写真・生年月日以外の部分はマスキングしていただいても構いません。)

(窓口でのお申し出の場合)

① 本人確認

- ・ 運転免許証又はパスポート
- ・ 運転免許証もパスポートもお持ちでない場合は、住民票、健康保険証、又は年金手帳のうち2つ

② 代理人確認

- ・ 代理人の本人確認→ 上記①と同じ
- ・ 代理権の確認
(法定代理人) 審判書
(任意代理人) ご本人の実印の押印のある委任状及びご本人の印鑑登録証明書

(郵送でのお申し出の場合)

① 本人確認

- ・ 運転免許証又はパスポートのコピーと住民票の原本
- ・ 運転免許証もパスポートもお持ちでない場合は、健康保険証又は年金手帳のコピーと住民票の原本

② 代理人確認

- ・ 代理人の本人確認→ 上記①と同じ
- ・ 代理権の確認
(法定代理人) 審判書のコピー
(任意代理人) ご本人の実印の押印のある委任状及びご本人の印鑑登録証明書

3. お申し出をいただいてから2週間以内にご回答を発送いたします(郵送でのお申し出の場合は、必要書類が当社に到達してから2週間以内にご回答を発送いたします。)

4. 電話、インターネットによるご請求は、ご本人の確認ができないためお断りさせていただきますので、予めご了承願います。

個人情報の開示，訂正，利用停止，削除等の請求書

ベーリンガーインゲルハイムジャパン株式会社
個人情報に関する問合せ窓口行

〒141-6017 東京都品川区大崎二丁目1番1号
Tel : 03(6417)2200

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____

お電話番号 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

貴社が保有する私の個人情報に関して，下記の事項を請求します。

1) 請求事項 (請求事項に○をつけてください。)

1. 利用目的の通知 4. 利用停止
2. 開示 5. 削除
3. 訂正 6. 第三者への提供停止

2) 訂正事項 (上記3の請求をされる方)

訂正前の個人情報: _____

新しい個人情報: _____

3) 請求の理由 (上記4，5又は6の請求をされる方は，請求の理由として，以下のいずれかに○をつけてください。)

1. 個人情報が利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱われている。
2. 不正手段によって取得された個人情報である。
3. 法律に違反して個人情報が第三者に提供されている。
- 4) 回答の方法 (希望される回答方法に○をつけ，通知先をご記入下さい。)

1. 郵送 (郵送先) _____

2. F A X (F A X番号) _____

3. Eメール (メールアドレス) _____

個人情報の開示，訂正，利用停止，削除等の請求書

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
個人情報に関する問合せ窓口行

〒141-6017 東京都品川区大崎二丁目1番1号
Tel : 03(6417)2200

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____

お電話番号 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

貴社が保有する私の個人情報に関して，下記の事項を請求します。

1) 請求事項 (請求事項に○をつけてください。)

1. 利用目的の通知 4. 利用停止
2. 開示 5. 削除
3. 訂正 6. 第三者への提供停止

2) 訂正事項 (上記3の請求をされる方)

訂正前の個人情報: _____

新しい個人情報: _____

3) 請求の理由 (上記4，5又は6の請求をされる方は，請求の理由として，以下のいずれかに○をつけてください。)

1. 個人情報が利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱われている。
2. 不正手段によって取得された個人情報である。
3. 法律に違反して個人情報が第三者に提供されている。
- 4) 回答の方法 (希望される回答方法に○をつけ，通知先をご記入下さい。)

1. 郵送 (郵送先) _____

2. F A X (F A X 番号) _____

3. Eメール (メールアドレス) _____

個人情報の開示，訂正，利用停止，削除等の請求書

ベーリンガーインゲルハイム製薬株式会社
個人情報に関する問合せ窓口行

〒141-6017 東京都品川区大崎二丁目1番1号
Tel : 03(6417)2200

平成 年 月 日

ふりがな

お名前

お電話番号

生年月日 大・昭・平 年 月 日

貴社が保有する私の個人情報に関して，下記の事項を請求します。

1) 請求事項 (請求事項に○をつけてください。)

1. 利用目的の通知 4. 利用停止
2. 開示 5. 削除
3. 訂正 6. 第三者への提供停止

2) 訂正事項 (上記3の請求をされる方)

訂正前の個人情報: _____

新しい個人情報: _____

3) 請求の理由 (上記4，5又は6の請求をされる方は，請求の理由として，以下のいずれかに○をつけてください。)

1. 個人情報が利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱われている。
2. 不正手段によって取得された個人情報である。
3. 法律に違反して個人情報が第三者に提供されている。
- 4) 回答の方法 (希望される回答方法に○をつけ，通知先をご記入下さい。)

1. 郵送 (郵送先) _____

2. F A X (F A X 番号) _____

3. Eメール (メールアドレス) _____

個人情報の開示，訂正，利用停止，削除等の請求書

ベーリンガーインゲルハイムベトメディカジャパン株式会社
個人情報に関する問合せ窓口行

〒141-6017 東京都品川区大崎二丁目1番1号
Tel : 03(6417)2200

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____

お電話番号 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

貴社が保有する私の個人情報に関して，下記の事項を請求します。

1) 請求事項 (請求事項に○をつけてください。)

1. 利用目的の通知 4. 利用停止
2. 開示 5. 削除
3. 訂正 6. 第三者への提供停止

2) 訂正事項 (上記3の請求をされる方)

訂正前の個人情報: _____

新しい個人情報: _____

3) 請求の理由 (上記4，5又は6の請求をされる方は，請求の理由として，以下のいずれかに○をつけてください。)

1. 個人情報が利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱われている。
2. 不正手段によって取得された個人情報である。
3. 法律に違反して個人情報が第三者に提供されている。
- 4) 回答の方法 (希望される回答方法に○をつけ，通知先をご記入下さい。)

1. 郵送 (郵送先) _____

2. F A X (F A X番号) _____

3. Eメール (メールアドレス) _____