

## 個人情報利用停止・消去申請書

株式会社クリニカルサポート  
個人情報管理者 殿

個人情報保護法第27条第1項に基づき、貴社が保有しているデータベースのうち、私の個人情報の利用停止・消去を請求します。

## 1. ご請求者（ご本人）

西暦 年 月 日

ご住所：

ご氏名： 印

電話番号： — —

※公的身分証明書（詳細別紙「公的身分証明書について」参照）のコピーを弊社担当窓口まで、郵送またはご持参ください。

2. 請求理由（にチェック）と内容（利用停止・消去のいずれかまたは両方を○で囲む）

貴社の公表する利用目的を超えて取り扱われているため、 利用停止 ・ 消去 を請求します。

偽りその他不正の手段により取得されたため、 利用停止 ・ 消去 を請求します。

<その根拠をできるだけ具体的に記入してください>

## 3. 代理人によるご請求の場合は以下にご記入ください

ご住所：

ご氏名： 印

電話番号： — —

ご本人が15才未満の方の親権者→戸籍謄本が必要です

ご本人の成年後見人の方→登記事項証明書が必要です

上記以外の代理人

→実印を押印した所定の委任状、ご本人の印鑑登録証明書（3ヶ月以内）、ご本人と代理人の公的身分証明書（詳細別紙「公的身分証明書について」参照）のコピーが必要です。

## 委任状

株式会社クリニカルサポート  
個人情報管理者 殿

私は、貴社が保有しているデータベースのうち、私の個人情報の利用停止・消去請求を下記の者に委任します。

<ご本人>

西暦 年 月 日

ご住所：

ご氏名： 印

電話番号： — —

※印鑑は実印です。印鑑登録証明書（3ヶ月以内）、公的身分証明書（詳細別紙「公的身分証明書について」参照）のコピーが必要です

<委任者>

ご住所：

ご氏名：

電話番号： — —

西暦 年 月 日

## 個人情報利用停止・消去請求の結果通知書

様

東京都品川区東五反田 5-9-22  
株式会社クリニカルサポート  
個人情報管理者

印

弊社データベースに保有する貴殿の個人情報に関する、貴殿からの利用停止・消去請求に対し個人情報保護法第27条に基づき結果をご通知いたします。

弊社は西暦 年 月 日に 利用停止 ・ 消去 いたしました。

弊社は貴殿の個人情報をデータベースとして保有しておりません。

利用目的を超えての取扱いについては西暦 年 月 日に停止・是正いたしました。  
他の、取扱いについては、以下の理由で継続利用いたします。  
(理由等)

「個人情報利用停止・消去請求書」に不備または添付資料の不足があったためご回答できません。  
<不備等の内容> ご確認いただき再度請求書をご郵送ください

貴殿の個人情報について、以下の理由で利用停止・消去いたしません。  
(理由等)