

個人情報（開示・削除・変更）請求票

※太枠線内にご記入いただき、下記の添付必要書類を同封の上、担当窓口までご郵送ください。

※16才未満の方はご本人様のご記入および保護者もしくは代理人の直筆でのご記入も必要となります。（その他、何らかの事情で代理請求の場合も同様です。）

請求年月日	西暦 年 月 日
ご請求内容にシ点	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 内容の訂正・・・登録情報に誤字脱字がある場合等 <input type="checkbox"/> 内容の変更（西暦 年 月 日付）・・・引越しによる住所変更時等 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 第三者への提供の禁止 <input type="checkbox"/> 削除・・・情報の一部を消すこと（例）自宅の固定電話情報を消して、携帯電話の情報を残す場合 <input type="checkbox"/> 消去・・・情報の全てを消すこと <input type="checkbox"/> 退会、解約（西暦 年 月 日付）・・・セイムカード退会時等
請求対象のサービス	<input type="checkbox"/> 配置薬 <input type="checkbox"/> セイムカード会員 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> 通信販売 <input type="checkbox"/> その他（ ）
請求内容	
請求理由	
フリガナ	
ご登録者名	
ご住所	
（携帯）電話番号	- -
生年月日・年齢	西暦 年 月 日 （ 才）
ご利用しているサービスにシ点	<input type="checkbox"/> 配置薬 <input type="checkbox"/> セイムカード会員 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> 通信販売 <input type="checkbox"/> その他（ ）
会員コードNO（配置薬は10桁、ドラッグは13桁）	
電磁的記録による返信希望（※注1）	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
メールアドレス（電磁的記録にて返信希望の方は必須）（※注1）	

（※注1）当該請求の内容が、利用目的の通知、個人情報の開示、第三者提供記録の開示のいずれかにあたる場合のみ記入してください。

16才未満の方は保護者もしくは代理人の直筆でのご記入もお願いいたします。（必須）

フリガナ	
代理人・保護者名	
ご住所	
（携帯）電話番号	- -
生年月日・年齢	西暦 年 月 日 （ 才）
ご登録者との関係・続柄	
契約者ご本人様の署名・捺印	上記の者を代理人（委任者）と認め本請求権限を委任いたします。 （氏名） _____ @

<郵送先>

〒330-8581 埼玉県さいたま市大宮区桜木町2-292-1

株式会社 富士薬品 カスタマーサービスセンター TEL：048-644-3226（平日9：00～17：30）

◎添付必要書類

- ご本人様確認書類（代理人が請求する場合は、代理人のご本人様確認書類）
 左記のうち、いずれか1点をコピーの上、ご送付ください。①運転免許証 ②健康保険被保険者証 ③パスポート（旅券） ④住民票
 なお、任意代理人の場合（病気その他やむを得ない理由）は委任状（記名・捺印）および印鑑証明1通が必要です。
- 当該請求の内容が、利用目的の通知、個人情報の開示、第三者提供記録の開示のいずれかにあたる場合、1回の申請ごとに1,000円の手数料をいただきます。
 請求票に手数料相当額の切手又は収入印紙を同封しお支払いください。

<ご注意>

- 保有する個人情報の開示には、通常10営業日（約2週間）程度要します。
- 提出していただいた上記書類に関しましては、本請求に限り使用いたします。
- 上記書類については、手続き後、速やかに溶解処理をし適切に処分いたします。（本請求票到着後1カ月以内に手続きをおこない、1カ月以内に破棄いたします）
- 電磁的記録によらない開示請求をご希望で切手を同封していない場合は請求には応じかねます。この場合、請求票その他封筒等 すべては当社で裁断処理いたします。
- 上記書類で情報の確認が取れない場合、対応を致しかねる事もございます。