年　月　日

〒163－1071
東京都新宿区西新宿3－7－1
新宿パークタワー
日本ロレアル株式会社
ロレアルダーマトロジカルビューティー事業本部
ラ ロッシュ ポゼ事業部　メディカル事業部 宛
corpjpmedi@loreal.com

個人情報開示等請求書

私は、貴社の保有個人データについて、以下の通り請求します。
また、当該請求に対応するにあたり、貴社が本請求書又は本請求書の添付資料に記載された個人情報を利用することについて同意します。

●個人情報を登録（資料請求、申込、契約、取引など）された時の状況をお教えください。

時期	年　月　日 頃 ※お分かりになる範囲で結構です

●ご請求内容
該当する区分にチェックを入れ、該当する欄に詳細をご記入ください。

請求の区分	□開示（利用目的の通知等を含む）　□訂正（追加、削除を含む）　□利用停止　□消去

<開示>個人情報の開示（第三者提供記録の開示を含みます）又は利用目的の通知を請求する場合、そのご請求内容をご記入ください。

<訂正>個人情報の訂正（追加・削除を含む）を請求する場合、訂正箇所を記入してください。

	訂正　前		訂正　後
訂正の内容		⇨	

<利用停止>個人情報の利用停止を請求する場合、その具体的な理由を記入してください。

理由	

<消去>個人情報の消去を請求する場合、その具体的な理由を記入してください。

理由	

●請求者情報
①請求者ご本人様の情報（必須）

ご本人様	ふりがな	
	氏名	
	住所	
	本人確認資料	□運転免許証　□住民票　□健康保険証 ※上記のうちひとつの写しを添付してください　※本籍地の記載がある場合は記載を塗りつぶしたものをご用意下さい。

②代理人様の情報（代理人様が請求する場合ご記入ください。）

代理人様	ふりがな	
	氏名	
	住所	
	本人との関係	□法定代理人　□委任による代理人
	委任状等	□ご本人様自署の委任状およびご本人様の印鑑の印鑑登録証明書 □親権者などの法定代理人の場合は、本人との関係がわかる書類（　　） ※上記のいずれかの写しを添付してください。
	代理人の本人確認資料	□運転免許証　□住民票　□健康保険証 ※上記のうちひとつの写しを添付してください　※本籍地の記載がある場合は記載を塗りつぶしたものをご用意下さい。

●手数料について
500円の郵便定額小為替を本請求書に添えてください。（※利用目的の通知、個人情報の開示、又は第三者提供記録の開示を請求する場合に限ります。）

C1 - Internal use