

医師管理画面個人情報削除依頼書

ENDEAVORRIDE（エンデバーライド）[®]医師管理画面に関連する個人情報（個人情報保護法第2条第1項で定義される「個人情報」を指し、以下同様とします。）を削除する場合、必要情報を本依頼書に記入し、以下の宛先に郵送してください。なお必要に応じ、弊社から削除依頼の確認をさせていただく場合がございます。

【郵送先】

郵便番号：〒530-0011
住所：大阪府大阪市北区大深町5番54号 グラングリーン大阪・パークタワー25階
宛先：塩野義製薬株式会社 個人情報相談窓口 行

個人情報を削除するために必要な情報：アカウント作成時に登録された情報をご記載ください。

記入日	年 月 日									
ご利用者名（必須）	カナ(必須)									
電話番号（必須）										
メールアドレス※（必須）										
クライアント証明書利用有無（必須）	☐ 有		☐ 無							
ユーザーID（任意）										

ご所属医療機関情報

ご施設名（必須）	カナ(必須)									
郵便番号(必須) (ハイフンなし)										
ご施設住所（必須）										
代表電話番号（必須）										

※ 記載いただいたメールアドレスは削除完了後のご連絡のみに利用させていただきます。
注：医師管理画面の個人情報削除においては、**本人確認書類の同封は不要**となります。

当社記入欄（空欄のまま郵送ください。）

担当者名(必須)	ユーザーID（必須）									