

「個人情報の保護に関する法律」および「JIS Q15001:2023」に基づく公表等事項

株式会社メディック

個人情報保護管理者 管理本部 部長

「個人情報の保護に関する法律」(以下「法」といいます。)および JIS Q15001:2023(以下「JIS」といいます。)に基づき、以下の事項を「公表」いたします。(「本人が容易に知り得る状態に置いている」こと、及び、「本人の知り得る状態(本人の求めに応じて遅滞なく回答する場合を含む。)」に置くことを義務付けられている事項を含みます。)

1. 利用目的の公表に関する事項

- (1) 直接書面取得以外で取得する場合の「個人情報」の「利用目的」
直接書面による取得以外で個人情報を取得する場合は、次の利用目的の制限の範囲内で取り扱わせていただきます。
なお、お客様から直接書面に記載された個人情報を取得する場合(直接書面による取得)は、その都度、お客様に利用目的を明示させていただきます。

	「個人情報」の種類	利用目的
a.	キャンペーン業務に関する個人情報	キャンペーン業務遂行のため
b.	社内で働く派遣社員、出向社員、人材紹介会社提供等に関する個人情報	当該個人の労務管理業務遂行のため。その他契約の履行、事務処理、一般事務の連絡、問い合わせ、その他関連する業務遂行のため。

- (2) 取扱いを委託された「個人情報」の「利用目的」
当社が取扱いを委託された個人情報は、当該委託業務の遂行を目的とし、委託契約の内容の範囲内で取り扱わせていただきます。

	委託される業務
a.	キャンペーン業務(事務局、賞品発送業務)
b.	書籍、印刷物等の編集制作業務
c.	発送物等の宛名ラベル制作貼付業務

2. 「保有個人データ」に関して「本人の知り得る状態」に置くべき事項

当社の保有する開示対象個人情報は、以下の目的の範囲内で取り扱わせていただきます。

- (1) 従業員の管理
- (2) お客様情報の管理
- (3) 採用応募者の管理
- (4) お問い合わせ者の管理

3. 個人情報のお問い合わせ窓口に関する事項

- (1) 個人情報の取り扱いに関するお問い合わせ先
お客様の個人情報の取り扱いに関するお問い合わせについては、下記までお申し出下さい。

お電話による場合	個人情報相談窓口 電話番号: 025-272-0022 受付時間: 10:00~17:00(平日のみ)
電子メールによる場合	個人情報相談窓口

	information-knr@medc-medc.com
お手紙による場合	〒950-0801 新潟県新潟市東区津島屋7丁目102番地1

※ご来社について

直接ご来社いただいております。その旨ご了承賜りますようお願い申し上げます。

※ご本人確認について

ご本人が確認できないときは、内容によっては、回答いたしかねる場合がございます。

(2) 当社の所属する「認定個人情報保護団体」の名称及び苦情の申出先

当社の所属する「認定個人情報保護団体」はありません。

4. 「開示等の求め」に応じる手続等に関する事項

(1) 開示の求めの対象となる項目（「開示対象個人情報」の特定に資する情報）

開示の求めを行う場合は対象となる「開示対象個人情報」について、以下の事項を特定いただきますようお願いいたします。

- ・当社への提供時期
- ・依頼内容
- ・第三者提供記録

(2) 「開示等の求め」の申出先

開示等の求めは下記宛、所定の申請書((3)のA)に必要書類((3)のB)を添付の上、郵送によりお願い申し上げます。なお、封筒に朱書きで「開示等申請書類在中」とお書き添えいただければ幸いです。

〒950-0801

新潟県新潟市東区津島屋7丁目102番地1

株式会社メディック 管理本部宛

(3) 「開示等の求め」に際して提出すべき書面（様式）等

「開示等の求め」を行う場合は、次の申請書をダウンロードし、所定の事項をすべてご記入の上、本人確認のための書類を同封し上記(2)宛ご郵送下さい。

A. 当社所定の申請書

- ・個人情報利用目的通知申請書

開示対象個人情報の利用目的に関して通知を希望される場合にご利用ください。

- ・個人情報開示等申請書

開示対象個人情報及び第三者提供記録の開示を希望される場合にご利用ください。

- ・個人情報訂正等申請書

開示対象個人情報が事実でなく、訂正等（訂正、追加又は削除）を希望される場合にご利用ください。

- ・個人情報利用停止等申請書

開示対象個人情報について、利用停止等（利用の停止、消去又は第三者への提供の停止）を希望される場合にご利用ください。

B. 本人確認のための書類

ご本人であることを確認させていただきますので、ご本人であることを証明する次の写真付きの資料のうちいずれかひとつをご郵送ください。なお、弊社に登録されております住所と回答送付先現住所および本人確認書類記載の住所が異なる場合

は、開示等の求めに対する回答はいたしかねます。

- ・**運転免許証**(有効期限内のもので、各都道府県公安委員会発行のもの。国際運転免許証は除く。)の写し
- ・**学生証**の写し(有効期限内のもので、氏名、顔写真、生年月日、住所が記載されているもの。住所が記載されていない場合は、現住所が記載されている住民票、または現住所が記載されている公共料金領収証 or 請求書も添付して下さい。)
- ・**日本国の旅券(パスポート)**(有効期限内のもので、氏名、顔写真、現住所が記載されているページ)の写し

上記の写真付きの証明書類をお持ちでない場合には、次のご本人であることを確認できるものを2点以上ご郵送ください。

- ・**健康保険証**(有効期限内のもの)の写し、現住所が記載されている**住民票**(3ヶ月以内のもの)、または現住所が記載されている**公共料金領収証 or 請求書**(3ヶ月以内のもの)
- ・**障害者手帳、療育手帳、または精神障害者保健福祉手帳**の写し(いずれも有効期限内のもので、氏名、現住所が記入されているページの写しは必須。住所が記載されていない場合は、現住所が記載されている住民票、または現住所が記載されている公共料金領収証 or 請求書を添付して下さい。)
- ・**外国人登録証明書**(有効期限内のもの)の写し、**旅券(パスポート)**(有効期限内のもので、氏名、顔写真、現住所が記載されているページ)の写し

(4) 代理人による「開示等の求め」

「開示等の求め」をする者が本人又は法定代理人(未成年者又は成年被後見人)もしくは開示等の求めをすることにつき本人が委任した代理人である場合は、前項の本人確認のための書類に加えて、下記の書類を同封して下さい。

A. **法定代理人の場合**

- ・法定代理権を有することを確認するための書類(3ヶ月以内に発行された戸籍謄本、親権者の場合は扶養家族(子)が記載された有効期限内の保険証の写しも可) 1通
- ・法定代理権を有する者であることを確認するための書類(上記(3)のB本人確認のための書類と同じ) 1通

B. **委任による代理人の場合**

- ・**当社所定の委任状** 1通
- ・**本人の印鑑証明書**(3ヶ月以内のもので、委任状に押印したもの) 1通

(5) 「利用目的の通知および開示の求め」の手数料及びその徴収方法

1回の申請ごとに、1,000円(税込)

※手数料として1,000円を当社指定の銀行口座に振り込んで下さい。

※振り込みにかかる手数料は、お客様ご自身でご負担ください。

※手数料が不足していた場合は、その旨ご連絡申し上げますが、所定の期間内にお支払いがない場合は、開示の求めがなかったものとして対応させていただきます(提出いただいた書類は当社で責任をもって廃棄させていただきます。また、不足分の手数料の払戻はいたしません)。

(6) 「開示等の求め」に対する回答方法

申請者の申請書記載住所宛に書面によってご回答申し上げます。

やむを得ず、書面以外での方法による回答を希望する場合は手続き時にその旨を確認します。

- (7) 開示等の求めに関して取得した個人情報の「利用目的」
開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めに必要な範囲のみで取り扱うものとします。提出いただいた書類は、開示等の求めに対する回答が終了した後、1年間保存し、その後廃棄させていただきます(1年を経過した開示等の求めに関する事項については、お答えいたしかねます)。
- (8) 不開示事由について
次に定める場合は、対象となる「開示対象個人情報」の全部または一部を開示いたしません。不開示を決定した場合は、その旨、理由を付記して通知申し上げます。なお、不開示の場合についても所定の手数料は払戻いたしません。
- A. 申請書に記載されている住所・本人確認のための書類に記載されている住所・当社の登録住所が一致しないときなど本人が確認できない場合
 - B. 代理人による申請に際して、代理権が確認できない場合
 - C. 所定の申請書類に不備があった場合
 - D. 開示の求めの対象が「開示対象個人情報」に該当しない場合

5. 個人情報に関する安全管理措置

お客様からご提供いただいた個人情報は、適正に管理し、漏えい、滅失又はき損等の危険防止のために、技術および管理の面から、適切かつ合理的な安全管理措置を講じております。また、当社では、お客様の個人情報を取り扱っている部門毎に、保護管理の責任者を置き、その責任者の指示のもと、個人情報の適正な保護管理を行っております。

個人情報利用目的通知請求書

株式会社メディック
個人情報に関する相談窓口 行

請求日: 年 月 日

貴社の保有する個人情報について、次のとおり利用目的の通知を求めま (本人 ・ 代理人)

申請者記入欄			
フリガナ		印	性別 男・女
申請者氏名(本人)			生年月日 年 月 日生
現住所 (回答送付先)	〒 - (都・道・府・県)	TEL - -	

利用目的の通知を求める個人情報

【個人情報のお取り扱いについて】

本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は、開示等の請求への対応(本人確認、社内における個人情報の確認、回答の送付)のためにのみ利用いたします。個人情報の取扱いの委託を含む提供は一切いたしません。

本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は回答終了した後、2年間保管しその後廃棄いたします。保管期間中における開示等の求めについて対応いたします。

上記の個人情報の提供は必須となります。ご提供いただけない情報がある場合、開示等の求めに対応することができませんのでご了承下さい。

【本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報の管理責任者】

株式会社メディック 個人情報保護管理者
TEL 025-272-0022

[以下、当社記入欄]

受付日 年 月 日

担当者

個人情報開示等請求書

株式会社メディック
個人情報に関する相談窓口 行

請求日: 年 月 日

貴社の保有する個人情報について、次のとおり開示を求め(本人・代理人)

申請者記入欄			
フリガナ		印	性別 男・女
申請者氏名(本人)			生年月日 年 月 日生
現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL -	-
	(都・道・府・県)		

代理人記入欄 ※申請者本人が記入される場合、本欄への記入は必要ありません。			
フリガナ		印	性別 男・女
代理人氏名(本人)			生年月日 年 月 日生
代理人現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL -	-
	(都・道・府・県)		
代理権	法定代理・委任代理	申請者との続柄	

代理人により要求の場合、代理人現住所に回答を送付いたします。

開示を求める範囲 (可能な限り分かりやすい名称(弊社サービス名など)で記載してください。)
[サービス名]
[個人情報をご提供いただいた時期]
[開示を求める理由]

本人確認書類 ※提出いただいた書類にチェック(□)を入れてください。	
請求者確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 学生証の写し <input type="checkbox"/> 日本国の旅券の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> その他()
代理権確認書類	<input type="checkbox"/> 代理人本人を確認する書類()
	<input type="checkbox"/> 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 委任代理人の場合 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他()

【個人情報のお取扱いについて】

本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は、開示等の請求への対応(本人確認、社内における個人情報の確認、回答の送付)のためにのみ利用いたします。個人情報の取扱いの委託を含む提供は一切いたしません。
本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は回答終了した後、2年間保管しその後廃棄いたします。保管期間中における開示等の求めについて対応いたします。
上記の個人情報の提供は必須となります。ご提供いただけない情報がある場合、開示等の求めに対応することができませんのでご了承下さい。

【本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報の管理責任者】
株式会社メディック 個人情報保護管理者
TEL 025-272-0022

[以下、当社記入欄]

受付日 年 月 日

担当者

個人情報訂正等請求書

株式会社メディック
個人情報に関する相談窓口 行

請求日: 年 月 日

貴社の保有する個人情報について、次のとおり訂正等(訂正、追加又は削除)を求めま(本人 ・ 代理人)

申請者記入欄			
フリガナ		印	性別 男・女
申請者氏名(本人)			生年月日 年 月 日生
現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL -	-
	(都・道・府・県)		

代理人記入欄 ※申請者本人が記入される場合、本欄への記入は必要ありません。			
フリガナ		印	性別 男・女
代理人氏名(本人)			生年月日 年 月 日生
代理人現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL -	-
	(都・道・府・県)		
代理権	法定代理・委任代理	申請者との続柄	

代理人により要求の場合、代理人現住所に回答を送付いたします。

訂正等の内容
[訂正等の内容](いずれかに○を付けてください。) 訂正・追加・削除 [訂正等の対象となる個人情報(訂正後の内容)] [訂正等を求める理由]

本人確認書類 ※提出いただいた書類にチェック(□)を入れてください。	
請求者確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 学生証の写し <input type="checkbox"/> 日本国の旅券の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> その他()
代理権確認書類	<input type="checkbox"/> 代理人本人を確認する書類()
	<input type="checkbox"/> 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 委任代理人の場合 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他()

【個人情報のお取扱いについて】

本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は、開示等の請求への対応(本人確認、社内における個人情報の確認、回答の送付)のためにのみ利用いたします。個人情報の取扱いの委託を含む提供は一切いたしません。
本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は回答終了した後、2年間保管しその後廃棄いたします。保管期間中における開示等の求めについて対応いたします。
上記の個人情報の提供は必須となります。ご提供いただけない情報がある場合、開示等の求めに対応することができませんのでご了承下さい。

【本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報の管理責任者】
株式会社メディック 個人情報保護管理者
TEL 025-272-0022

[以下、当社記入欄]

受付日 年 月 日

担当者

個人情報利用停止等請求書

株式会社メディック
個人情報に関する相談窓口 行

請求日: 年 月 日

貴社の保有する個人情報について、次のとおり利用停止等(利用の停止、消去又は第三者への提供の停止)を求め(本人・代理人)

申請者記入欄			
フリガナ		印	性別 男・女
申請者氏名(本人)			生年月日 年 月 日生
現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL -	-
	(都・道・府・県)		

代理人記入欄 ※申請者本人が記入される場合、本欄への記入は必要ありません。			
フリガナ		印	性別 男・女
代理人氏名(本人)			生年月日 年 月 日生
代理人現住所 (回答送付先)	〒 -	TEL -	-
	(都・道・府・県)		
代理権	法定代理・委任代理	申請者との続柄	

代理人により要求の場合、代理人現住所に回答を送付いたします。

利用停止等の内容
[利用停止等の内容](いずれかに○を付けてください。)
利用停止・消去・第三者への提供の停止(提供先名:)
[利用停止等の対象となる個人情報]
[利用停止等を求める理由]

本人確認書類 ※提出いただいた書類にチェック(□)を入れてください。	
請求者確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 学生証の写し <input type="checkbox"/> 日本国の旅券の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> その他()
代理権確認書類	<input type="checkbox"/> 代理人本人を確認する書類()
	<input type="checkbox"/> 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 委任代理人の場合 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他()

【個人情報のお取扱いについて】

本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は、開示等の請求への対応(本人確認、社内における個人情報の確認、回答の送付)のためにのみ利用いたします。個人情報の取扱いの委託を含む提供は一切いたしません。
本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報は回答終了した後、2年間保管しその後廃棄いたします。保管期間中における開示等の求めについて対応いたします。
上記の個人情報の提供は必須となります。ご提供いただけない情報がある場合、開示等の求めに対応することができませんのでご了承下さい。

【本申請書の提出に伴いご提供いただく個人情報の管理責任者】
株式会社メディック 個人情報保護管理者
TEL 025-272-0022

[以下、当社記入欄]

受付日 年 月 日

担当者

委任状

令和 年 月 日

住所
〒 -

電話番号 - -
FAX番号 - -

本人 印

生年月日 年 月 日

私は、次の者を代理人と定め、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）に基く、私の「保有個人データ」の開示等の求めに関する件一切を委任します。

住所
〒 -

電話番号 - -
FAX番号 - -

代理人

生年月日 年 月 日

株式会社メディック 御中

注) 本委任状は、本人の直筆で作成し、本人の登録印鑑を押印して下さい。
注) 外国人で通称名を登録している方は、本名(本国名)を併記して下さい。