

**台灣歐姆龍健康事業股份有限公司**  
**個人資料權利行使申請表**

紀錄編號：108-0001

申請人姓名		申請日期	
代理人姓名	(與當事人關係：_____)	申請人連絡電話	
身分確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 非本人 (由受理人審核當事人或代理人之法定身分)		
申請人證明文件	<input type="checkbox"/> 身份證 <input type="checkbox"/> 健康保險證 <input type="checkbox"/> 駕照 <input type="checkbox"/> 護照 <input type="checkbox"/> 居留證，任一項證明之正反面影本，並於其上加註「與正本相符」後簽名或蓋章(影本資料請黏貼至申請書背面)供本公司查核。		
代理人證明文件	<input type="checkbox"/> 身份證 <input type="checkbox"/> 健康保險證 <input type="checkbox"/> 駕照 <input type="checkbox"/> 護照 <input type="checkbox"/> 居留證，任一項證明之正反面影本，並於其上加註「與正本相符」後簽名或蓋章(影本資料請黏貼至申請書背面)，供本公司查核。		
委託書	<input type="checkbox"/> 有 (委託代理人辦理者需檢附) <input type="checkbox"/> 無		
申請項目 (請勾選一項)	<input type="checkbox"/> 資料查詢/閱覽 <input type="checkbox"/> 資料補充 <input type="checkbox"/> 資料更正 <input type="checkbox"/> 製給複製本 <input type="checkbox"/> 停止蒐集、處理或利用 <input type="checkbox"/> 資料刪除 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
申請原因	(請敘述申請原因)		
資料項目 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 當事人所有個資 <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 出生年月日	<input type="checkbox"/> 地址 <input type="checkbox"/> 通訊方式 <input type="checkbox"/> 電話/手機號碼	<input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> _____
資料項目 更正/補充內容			
申請人簽名	(請以正楷親簽)		
<b>以下由本公司填寫</b>			
資料型態	<input type="checkbox"/> 紙本 (資料名稱_____) <input type="checkbox"/> 電子 (資料名稱_____) 		
處理說明			
權責主管	個資保管人	管理代表	