中外製薬株式会社
第 1 版（2020 年 1 月）

シークエンスデータの開示請求書

西暦　　年　　月　　日

「個人情報の保護に関する法律」第 28 条に基づき、検査委託先である米国所在の Foundation Medicine 社（以下 FMI）に対し、シークエンスデータの開示を請求します。

<table>
<tr><td rowspan="4">請求人記入欄
（Individual）</td><td rowspan="2">日本語</td><td colspan="2">住所 〒　　－</td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名</td><td>電話番号（Tel）
（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">英語*</td><td colspan="2">Zip code / Address（郵便番号 / 住所）　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">First name（名）　　Last name（姓）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">代理人記入欄
（Proxy）

代理人請求の場合に記入</td><td rowspan="2">日本語</td><td colspan="2">住所 〒　　－</td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名</td><td>電話番号（Tel）
（　　）　　－</td></tr>
</table>

*FMI への請求の際に利用します

（注）シークエンスデータの開示は、書面ではなく記憶媒体での交付となります。また、ご本人様の公的証明書のコピーに記載された住所宛に FMI から直接送付されます。この際、ご本人様がお受け取りになられない場合には、ご住所にお住まいのどなたかがお受け取りになる可能性があることをご留意ください。

上記及び「シークエンスデータ請求手続きに関する説明文書」（別紙）を十分に理解したうえで、シークエンスデータの開示を請求します。

署名日＿＿＿＿＿＿＿＿　ご署名（ご本人）＿＿＿＿＿＿＿＿

署名日＿＿＿＿＿＿＿＿　ご署名（代理人*）＿＿＿＿＿＿＿＿

*代理人請求の場合は、ご本人様及び代理人様ともにご署名をお願いします。ただし、ご本人様による署名が困難である場合に限り、代理人様によるご署名をもってご本人様による同意があったとみなします。

医療機関記入欄

依頼番号*（JRF No.）	0	4	－					－								
医療機関名																

*中外 FMI ポータルシステムの検査依頼番号

上記の依頼番号は請求人が受けた検査のものであることを証明いたします。

ご所属＿＿＿＿＿＿＿＿

署名日＿＿＿＿＿＿＿＿　ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿

中外製薬株式会社
第 1 版（2020 年 1 月）

記入例

シークエンスデータの開示請求書

西暦　　年　　月　　日

「個人情報の保護に関する法律」第 28 条に基づき、検査委託先である米国所在の Foundation Medicine 社（以下 FMI）に対し、シークエンスデータの開示を請求します。

請求人記入欄（Individual）	日本語	住所 〒123－4567 東京都 千代田区 丸の内 ○－○－○	
		ﾌﾘｶﾞﾅ トウキョウ タロウ 氏名 東京 太郎	電話番号（Tel） （000）1234－5678
	英語*	Zip code / Address（郵便番号 / 住所） 123－4567 ○－○－○ Marunouchi Chiyoda-ku Tokyo, Japan	
		First name（名） Last name（姓） Taro Tokyo	
代理人記入欄（Proxy） 代理人請求の場合に記入	日本語	住所 〒　　－	
		ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	電話番号（Tel） （　　）　　－

公的証明書に記載の住所と同じ住所を日本語・英語でご記入ください

*FMI への請求の際に利用します

（注）シークエンスデータの開示は、書面ではなく記憶媒体での交付となります。また、ご本人様の公的証明書のコピーに記載された住所宛に FMI から直接送付されます。この際、ご本人様がお受け取りになられない場合には、ご住所にお住まいのどなたかがお受け取りになる可能性があることをご留意ください。

上記及び「シークエンスデータ請求手続きに関する説明文書」（別紙）を十分に理解したうえで、シークエンスデータの開示を請求します。

ご本人によるご署名をお願いいたします

署名日＿＿＿＿＿＿　ご署名（ご本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名日＿＿＿＿＿＿　ご署名（代理人*）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

*代理人請求の場合は、ご本人様及び代理人様ともにご署名をお願いします。ただし、ご本人様による署名が困難である場合に限り、代理人様によるご署名をもってご本人様による同意があったとみなします。

医療機関記入欄

依頼番号*（JRF No.）	0	4	－					－									
医療機関名																	

*中外 FMI ポータルシステムの検査依頼番号

上記の依頼番号は請求人が受けた検査のものであることを証明いたします。

ご所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名日＿＿＿＿＿＿　ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿