

医療従事者等への原稿執筆料等の支払状況に関する情報開示請求書

平成 年 月 日

株式会社イーピーメディック 宛

(請求者)

住所 (法人その他の団体にあつては主たる事務所等の所在地)

〒

氏名 (法人その他の団体にあつてはその名称及び代表者の氏名)

印

電話番号

私(当社)は、次の事項を遵守することに同意し、貴社が医療従事者等へ支払った下記の原稿執筆料等の個別情報開示を請求します。

■ 遵守事項

- 私(当社)は、開示された情報を次のような行為には利用しません。
 - ①無断複製、加工、翻案、変更、転載、外部送信等
 - ②営利目的での利用
 - ③貴社または医療機関・医療従事者その他の第三者の信用・名誉を棄損する行為、プライバシー等の権利を侵害する行為またはそのおそれがある行為
 - ④貴社または医療機関・医療従事者その他の第三者に不利益・損害を与える行為またはそのおそれのある行為
 - ⑤犯罪または犯罪につながる行為またはそのおそれのある行為
 - ⑥法令等に違反する行為またはそのおそれのある行為
 - ⑦その他、公序良俗に反する行為
- 私(当社)は、前項に違反し貴社または医療機関・医療従事者その他の第三者に損害を与えた場合、当該損害につき一切の責任を負います。
- 私(当社)は、開示された情報の利用によって発生した直接または間接の損害等について、貴社に対して一切の請求を行いません。

利用目的		
請求項目	年度	平成 年度
	項目No	

※個人によるご請求の場合は、本人確認書類(運転免許証、パスポート、健康保険証等)のコピーを添付してください。
※開示された情報は、開示後に変更が生じることがありますので、予めご了承ください。

※以下、イーピーメディック使用欄

受付日	平成 年 月 日
受付担当者	
備考	