

医療機関等への「原稿執筆料等」に関する詳細内容開示請求書

年 月 日

大陽日酸株式会社 宛

請求者 ふりがな 氏 名 郵便番号 住 所 会社・団体名 部 署 電話番号	印
--	---

私（請求者）は開示された情報の利用に際し、次のような行為を行わないことに同意し、医療機関等への「原稿執筆料等」に関する詳細内容開示を請求書します。

1. 記載されている医療機関・医療関係者等または当社の信用・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
2. 記載されている医療機関・医療関係者等または当社に不利益・損害を与える行為またはそのおそれのある行為
3. 無断で複製、加工、翻案、変更、転載、外部送信等をする行為
4. 営利目的で利用する行為
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. 公序良俗もしくは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、当社が不適切と判断する行為

利用目的
請求項目（項目名）

- 注) 1. 枠内へご記入・ご押印下さい
2. 請求項目（項目名）は「講師謝金」、「原稿執筆料・監修料」、「コンサルティング等業務委託費」をご記入下さい
 3. 開示された情報は、開示後に変更が生ずることがありますのであらかじめご了承下さい
 4. ご送付いただきました書類に記載もれ不備等がある場合には、開示ができない場合がございますのでご留意ください

[郵送先]

〒142-8558 東京都品川区小山1-3-26

大陽日酸株式会社 メディカル業務課 宛