

【 当社加盟の認定個人情報保護団体 】
 一般財団法人
 日本情報経済社会推進協会
 プライバシーマーク推進センター
 個人情報保護苦情相談室
 TEL : 03-5860-7565
 フリーダイヤル : 0120-700-779

個人情報の開示等依頼書

私は、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、次の通り依頼します。 依頼日 年 月 日

依頼者	依頼者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 (該当する口内にレ印を記入してください。)			
	住所 <small>(法人その他の団体にあつては、事務所又は事業所の所在地)</small>	(〒 -)			
	フリガナ				
	氏名 <small>(法人その他の団体にあつては、名称及び代表者の氏名)</small>				
連絡先 <small>(法人その他の団体にあつては、担当者の氏名及び連絡先)</small>	フリガナ				
	氏名				
	電話番号 () -	FAX番号 () -			
依頼内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 内容の訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> 第三者提供記録の開示 <small>(該当する口内にレ印を記入してください。)</small> 【依頼の具体的内容】	本人依頼提示書類	代理人依頼提示書類		
		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 運転免許証(写) <input type="checkbox"/> 身分証明書(写) <input type="checkbox"/> 健康保険証(写) <input type="checkbox"/> パスポート(写) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 住民票(必須) <input type="checkbox"/> 委任状(必須) <small>(印鑑証明付)</small> <input type="checkbox"/> 健康保険証(写) <input type="checkbox"/> 運転免許証(写) <input type="checkbox"/> その他 ()		
処理希望期日	年 月 日				
希望する開示方法	媒体: <input type="checkbox"/> 書面、 <input type="checkbox"/> 電子記憶媒体(CD、DVD等)、 <input type="checkbox"/> その他() 方法: <input type="checkbox"/> 手渡し、 <input type="checkbox"/> 郵送、 <input type="checkbox"/> 電子メール、 <input type="checkbox"/> 視聴、 <input type="checkbox"/> 閲覧 <small>(該当する口内にレ印を記入してください。)</small>				

(注)太線内のみ必要事項を記入してください。

個人情報の開示等回答書

【当社使用欄】 この欄は記入しないで下さい。

依頼書受領日 年 月 日	本人確認書類で確認 (取れた・取れない)	受領方法 (直接・郵便・その他)
受領者 ()		
回答日 年 月 日	回答方法 (直接・郵送・その他)	添付書類 ()
回答者 ()		
回答区分 <input type="checkbox"/> 依頼事項に応じます <input type="checkbox"/> 依頼事項の全部又は一部に応じられません		情報セキュリティ管理者 印 年 月 日
回答内容		お客さま相談窓口責任者 印 年 月 日
		個人情報保護管理者 印 年 月 日