

個人情報開示等請求書

私は貴社が保有する個人情報について、個人情報保護法に基づき次のとおり請求いたします。

1. ご本人様 (開示の対象者) に関する事項

氏名	ふりがな		
	印		
生年月日	年 月 日	性別	1. 男 2. 女
住所	ふりがな		
	〒		
電話番号	() -	1. 自宅 2. 会社 3. 携帯	
電子メールアドレス	@		
本人の確認書類	1. 運転免許証写し 2. 旅券 (パスポート) 写し 3. 健康保険証写し 4. その他 ()		
お問い合わせ内容	1. 開示 2. 内容の訂正 3. 内容の追加 4. 内容の削除 5. 利用の停止 6. 消去		
開示希望項目	1. 氏名 2. 住所 3. 電話番号 4. メールアドレス 5. その他 ()		
開示請求の理由 (記入は任意)			

* 都道府県名から建物名、部屋番号まで正確にご記入ください。

2. 代理人に関する事項

* 請求される方が、代理人様の場合にご記入ください。

氏名	ふりがな		
生年月日	年 月 日	性別	1. 男 2. 女
住所	ふりがな		
	〒		
電話番号	() -	1. 自宅 2. 会社 3. 携帯	
本人の確認書類	1. 運転免許証写し 2. 旅券 (パスポート) 写し 3. 健康保険証写し 4. その他 ()		
本人との関係	1. 本人から委任された者 2. 法定代理人 (親権者など)		
委任状など	1. 本人からの委任状 (委任状に捺印された印鑑の印鑑登録証明書を添付) 2. 戸籍謄本または抄本		

* 都道府県名から建物名、部屋番号まで正確にご記入ください。

弊社記入欄

No.	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> その他	
受付	年 月 日	代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> その他
決定	年 月 日	開示結果	<input type="checkbox"/> 開示許可	<input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 条件付き許可	
開示	年 月 日	備考	確認	承認	受付	
送付	年 月 日					