

個人情報の開示等に関する請求書

該当する□部分へチェックを入れ、空欄に記入してください。

請求日	年 月 日
-----	-------

■請求する人

(ふりがな) (_____)
氏 名 _____
住 所 〒 _____ _____
電話番号 _____
・下記の開示等を、請求する個人からみた関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人 <input type="checkbox"/> その他(_____)

■請求内容

・開示等を請求する個人情報
(ふりがな) (_____)
氏 名 _____
住 所 〒 _____ _____
<input type="checkbox"/> 利用目的通知の求め(※1) <input type="checkbox"/> 個人情報開示の求め(※1) <input type="checkbox"/> 内容の訂正・追加・削除の求め <input type="checkbox"/> 利用停止の求め <input type="checkbox"/> 消去の求め <input type="checkbox"/> 第三者提供記録開示の求め(※1) <input type="checkbox"/> 第三者提供停止の求め <input type="checkbox"/> 保有個人データ又は第三者提供記録に該当する場合の周知事項の求め(※1)
内容: _____ _____ _____

※1 本人確認書類の他に、手数料として書留料金分の郵便切手を同封してください。

開示請求者(お客様記入欄の記入、提出)→当社個人情報相談窓口(確認、対応)→品質監査部(確認)→CPO(承認)→個人情報相談窓口(保管)

■本人確認書類

①ご本人の場合	<p>以下の項目(1)、(2)のそれぞれ1通</p> <p>(1) 以下のいずれか1通(コピー) <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>戸籍謄本 <input type="checkbox"/>戸籍抄本 <input type="checkbox"/>健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/>個人番号カード表面 ※本籍地の情報は塗りつぶしてください。 ※個人番号の情報は塗りつぶしてください。</p> <p>(2) 以下のいずれか1通 <input type="checkbox"/>住民票の写し(コピー不可) <input type="checkbox"/>在留カードのコピー又は特別永住者証明書</p>
②企業、その他の団体の個人の場合	<p>以下のいずれか1通 <input type="checkbox"/>勤務証明書 <input type="checkbox"/>在籍証明書</p>
③親権者・成年後見人の場合	<p>以下の項目(1)、(2)のそれぞれ1通</p> <p>(1) 以下のいずれか1通 <input type="checkbox"/>戸籍謄本 <input type="checkbox"/>戸籍抄本 <input type="checkbox"/>家庭裁判所の証明書 <input type="checkbox"/>登記事項証明書等その資格を証明する書類 ※証明書等の発行日は、開示等の求めをする日の前30日以内のものに限ります。</p> <p>(2) 以下のいずれか1通(コピー) <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>戸籍謄本 <input type="checkbox"/>戸籍抄本 <input type="checkbox"/>健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/>個人番号カード表面</p>
④代理人の場合	<p>以下の項目(1)、(2)、(3)のそれぞれ1通</p> <p>(1) 委任状(本人の署名捺印)</p> <p>(2) 委任状に押された本人の印鑑同一の印影の印鑑証明書</p> <p>(3) 以下のいずれか1通(コピー) <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>戸籍謄本 <input type="checkbox"/>戸籍抄本 <input type="checkbox"/>健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/>個人番号カード表面</p>

※ご提供頂きました個人情報、当該要求事項の対応に必要な範囲のみで取り扱います。
また、当該個人情報の管理は、当社の個人情報相談窓口にて管理させていただきます。