

ご請求日： 年 月 日

個人情報 開示・訂正・削除等 請求書

私の個人情報について、下記のとおり請求します。（太線内をご記入ください。）

氏名		フリガナ	
住所	〒		
電話番号	-	-	e-mail
連絡先 住所	〒		
本人とご請求者の関係	<input type="checkbox"/> 本人（自己の情報） <input type="checkbox"/> 代理人（※別途委任状が必要です。）		
請求事由	（利用目的の通知、開示の場合は、有料となりますのでご注意ください。） <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 提供の停止 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
請求の具体的内容	（開示の項目、訂正・追加・削除の項目、提供先名などを具体的に記入ください。）		
本人確認書類	本人確認のために次の書類のコピーを同封します（1通）。 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ） ご本人確認ができない場合は、ご請求にお応えできませんのでご注意ください。		

ご参考：訂正・追加・削除とは個人情報の項目に関してであり、消去とは個人情報に関してです。

弊社記入欄

受付・承認	担当者		受付日	年 月 日
	承認者		書類確認 状況	
ご回答内容	<input type="checkbox"/> 別紙のとおりご回答します <input type="checkbox"/> 完了いたしました（完了日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 下記事由によりご請求には応じられません <input type="checkbox"/> ご請求書類に不備があります（理由： ） <input type="checkbox"/> 開示対象個人情報ではありません <input type="checkbox"/> ご本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがあります <input type="checkbox"/> 当社の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼす恐れがあります <input type="checkbox"/> 法令に違反します（法令名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
ご回答日	年 月 日			