

個人情報お問合せ申請書

申請日:201 年 月 日

ご請求内容に基づき、下記の事項をご記入ください。

| 請求者情報 (※印は必須記入事項となります) | | |
|---|--|-----------|
| ※氏名: | ※性別: <input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女 | ※ ㊟ |
| ※住所: 〒 — | | |
| ※電話番号: () | | |
| メールアドレス: @ | | |
| 代理人が請求する場合 | | |
| 代理人の氏名: | | |
| 代理人確認資料: <input type="checkbox"/> 委任状 / <input type="checkbox"/> その他 | | |
| ※請求事項 | | |
| <input type="checkbox"/> 個人情報の利用目的の通知 | <input type="checkbox"/> 個人情報の開示 | |
| <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正 | <input type="checkbox"/> 個人情報の追加 | |
| <input type="checkbox"/> 個人情報の削除 | <input type="checkbox"/> 個人情報の利用停止 | |
| <input type="checkbox"/> 個人情報の消去 | <input type="checkbox"/> 個人情報の第三者提供停止 | |
| ※請求対象の個人情報 | | |
| <p>(注1) 当社に個人情報を登録した場面や日付等、可能な範囲で記載をお願いします。 (注2) 既に個人情報を削除している場合には、ご請求に応えることができません。</p> | | |
| 弊社記入欄 | | |
| 【その他 理由】 | | |
| 受領日 : 年 月 日 | | |
| 本人確認方法: <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 確認日 : 年 月 日 | | |
| 請求対応日 : 年 月 日 | | |
| 対応者 : | | |
| お問い合わせ管理番号: | | |
| 承認 | 個人情報保護管理者 ㊟ | 201 年 月 日 |