

開 示 ・ 停 止 等 請 求 書

【ご依頼者記入欄】

依 頼 日	平成 年 月 日		
ご依頼者氏名	ご依頼者と 本人の関係	本人 (自己の情報)	代理人 (委任状必要)
ご 住 所	〒 電話番号：		
ご依頼内容 ご依頼内容（該当 項目にシ点を、ま た必要事項をご記 入下さい）	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知を依頼します <input type="checkbox"/> 開示を依頼します <input type="checkbox"/> 訂正、追加、削除を依頼します 現在（前） _____ 新（後） _____ <input type="checkbox"/> 利用の停止、消去・第三者への提供を依頼します 該当する情報 _____		
ご依頼の理由			
尚、上記内容等について、お問合せがございましたら、下記までご連絡を頂きます様、お願い致します 会社名 有限会社 翼企画 個人情報問い合わせ窓口担当者 住所 〒131-0043 東京都墨田区立花 5-40-4 電話番号:03-3614-5567 F A X 番号: 03-3614-5365 e-mail: tbs283@violin.ocn.ne.jp			

【個人情報の取扱いについて】

お預かりした個人情報は、開示、訂正、削除、利用目的の通知、第三者提供の停止等を行うため、及び本人確認、連絡のみに使用いたします。他へ提供することはありません。お預かりした個人情報は安全に取扱い、終了後適切に廃棄させていただきます。なお、必要事項が記入されませんと手続きができない場合がありますので、ご了承ください。

【会社記入欄】 * 電話による請求の場合、上記内容を受付者が記入する。

受付	本人 (代理人) 確認	受付日：平成 年 月 日	受付（記入）者：
		電話による請求	<input type="checkbox"/> 電話（コールバック、又は登録情報照会） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート いずれかのコピー
		郵送、FAX、 メールによる請求	<input type="checkbox"/> 電話（コールバック、又は登録情報照会） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート いずれかのコピー

実施	対応	対応日：平成 年 月 日	担当者：
	通知内容	個人情報開示・利用目的通知書、個人情報訂正等通知書、個人情報利用停止等通知書を添付すること	
	通知内容 承認	承認日：平成 年 月 日	承認者：
提供先への通知	通知日：平成 年 月 日	提供先への通知者：	
通知送付確認	送付日：平成 年 月 日	送付担当者：	