

## 個人情報開示、訂正、削除等請求書

## 【ご請求者記入欄】

ご請求日	平成 年 月 日
(ふりがな) 氏 名	印
住 所	〒 —
電話番号	
請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知請求 <input type="checkbox"/> 情報の開示請求 <input type="checkbox"/> 訂正の請求 <input type="checkbox"/> 追加の請求 <input type="checkbox"/> 削除の請求 <input type="checkbox"/> 利用停止請求 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止請求
対象となる個人情報の具体的な内容	
請求理由	

## 【会社使用欄】

受付	受 付 日:平成 年 月 日	受付担当者: (個人情報お問合せ・苦情相談窓口)	印
書類確認	確 認 日:平成 年 月 日	確 認 者: (個人情報お問合せ・苦情相談窓口)	印
	(確認事項) <input type="checkbox"/> 請求書の記載内容及び確認書類の確認 <input type="checkbox"/> 本人確認                      ( <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証 ) <input type="checkbox"/> 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 法定代理権確認 ( <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 ) <input type="checkbox"/> 代理人本人確認 ( <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証 ) <input type="checkbox"/> 委任による代理人の場合 <input type="checkbox"/> 代理人本人確認 ( <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証 ) <input type="checkbox"/> 委任状 開示対象個人情報確認 ( <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない(対応内容欄記入すること) )		
対応内容	対 応 日:平成 年 月 日	対 応 担 当 者:	印
	(開示対象個人情報確認結果) <input type="checkbox"/> 開示する(対応内容記入) <input type="checkbox"/> 開示しない(理由を記入)		
対応承認	承 認 日:平成 年 月 日	承 認 者: (個人情報管理責任者)	印
提供先への通知	通 知 日:平成 年 月 日	通 知 担 当 者: (個人情報お問合せ・苦情相談窓口)	印
完了確認	完 了 日:平成 年 月 日	個人情報 管理責任者 :	印

※本人確認後、通知まで原則2週間以内