

開示・停止等依頼書

本人情報	フリガナ 本人氏名		代理人情報 (代理人による申込の場合、ご記入ください)	フリガナ 代理人氏名	
	本人住所	〒		代理人住所	〒
	本人連絡先	TEL: FAX:		本人との関係	<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
				代理人連絡先	TEL: FAX:
ご依頼の内容 <small>(該当項目にレ点をまた必要事項をご記入ください)</small>		<input type="checkbox"/> 個人情報の利用目的の通知を依頼します <input type="checkbox"/> 個人情報の開示を依頼します <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正、追加を依頼します 現在の内容: _____ 訂正・追加内容: _____ <input type="checkbox"/> 個人情報の削除、利用停止、消去、第三者への提供の停止を依頼します 該当する情報: _____			
個人情報の取扱いについて <small>(レ点をご記入ください)</small>		お預かりした個人情報(免許証等の本籍地等の特定の機微な個人情報につきましては、マジックなどで塗りつぶしていただくなど、消して送付していただきますようお願いいたします。)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、連絡のみに利用いたします。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。			
		<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (この場合、ご依頼の内容をお受けできません)			

【会社記入欄】

本人 (代理人) 確認	受付日: 平成 年 月 日	受付者:	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民票 <small>(3ヶ月以内のもの)</small> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 委任状 (代理人の場合のみ)		
実施 及び 承認	対応	対応日: 平成 年 月 日	対応者:
	通知内容	該当する個人情報開示・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。(依頼に応じられない場合は、その理由を明確に記すこと)ただし書きを適用する場合は、適用除外申請書を添付すること。	
	通知内容承認	承認日: 平成 年 月 日	承認者:
	通知送付確認	通知日: 平成 年 月 日	通知者: