

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 (該当項目にレ点をまた必要事項をご記入ください) | <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: | | | | |
| 個人情報の取り扱いについて (レ点をご記入ください) | 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) | | | | |
| 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： 朝川印刷株式会社 業務サポートグループ (個人情報問合せ窓口) 住所： 〒104-0032 東京都中央区八丁堀4-13-12 電話番号： 03-3551-6551 | | | | | |

【会社記入欄】

| | | | |
|-------------------|---|--|------|
| 本人 (代理人) 確認 | 受付日： 令和 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 (3ヶ月以内のもの) <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： 令和 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： 令和 年 月 日 | 承認者： |
| | 通知送付確認 | 通知日： 令和 年 月 日 | 通知者： |