

## 個人情報開示等対応依頼書

私は、下記の本人に関する開示対象個人情報について、対応を依頼します。

### 【依頼者記入欄】

開示等依頼日	年	月	日					
依頼者	住所							
	氏名							
	開示等対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人						
	関係を証する書類							
開示等対象者	住所							
	氏名							
依頼内容	依頼区分	<input type="checkbox"/> 利用目的通知依頼 <input type="checkbox"/> 開示依頼 <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除依頼 <input type="checkbox"/> 利用停止・消去・第三者提供停止依頼						
	以前に個人情報をお受けした際のご氏名							
	依頼の情報	<input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 「                                    」の情報に関して、以下の通り変更してください。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">(旧内容)</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">(新内容)</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table>		(旧内容)	(新内容)		
		(旧内容)	(新内容)					
<input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供停止 「                                    」の情報に関して処理してください。								
対応結果の連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話にて <input type="checkbox"/> 郵便封書にて <input type="checkbox"/> その他 (                                    )							
連絡先								

### 【社内処理欄】

受付	受付日	年	月	日 (    )
	担当者			
	本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 印鑑証明 <input type="checkbox"/> その他 (                                    )		
	代理人確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 印鑑証明 <input type="checkbox"/> その他 (                                    )		
対応実施	実施日	年	月	日 (    )
	担当者			
	対処内容およびお客様連絡			
	対応を拒否した場合の理由			

個人情報 管理責任者	お客様 相談窓口	社内 相談窓口	個別 相談窓口