

〒150-0013
 東京都渋谷区恵比寿1-8-11 スカイエビスビル7F
 株式会社ディーアンドアール・インテグレイツ
 個人情報問合せ窓口 宛

個人情報開示等請求書

保有個人データの利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止、第三者提供の記録の請求をします。

●個人情報を登録(資料請求、申込、契約、取引など)された時の状況をお教えてください。

時期	年 月 日 頃 ※お分かりになる範囲で結構です

●開示(利用目的の通知を含む)の場合、そのご請求内容をご記入ください。

--

●訂正(追加・削除を含む)の場合、必要事項を記入してください。

訂正の 内容	訂正前	⇒	訂正後

●利用の停止、消去又は第三者への提供の停止の場合、下記より選択してください。

	<input type="checkbox"/> 利用の停止	<input type="checkbox"/> 情報の消去	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止
理由	(差し支えなければ上記を希望する理由をお書きください。)		

●第三者提供の記録の開示の場合、そのご請求内容をご記入ください。

--

●請求者情報 ※記載していただく個人情報は、本請求に関わる本人確認のみに利用いたします。

ご本人様	ふりがな	
	氏名	
	住所	
	電話番号	

代理人様	ふりがな	
	氏名	
	住所	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任による代理人
	委任状	<input type="checkbox"/> ご本人様自署の委任状および印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 親権者などの法定代理人の場合は、本人との関係がわかる書類() ※上記のうちひとつ
	本人確認資料 (コピー)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証 ※上記のうちひとつ ※コピーを提出していただく場合の注意事項: 下記項目は、マスキングするなど見えないようにしてからコピーしてください。 本籍地、健康保険証被保険者記号(記号、番号、枝番、ORコード、保険者番号すべて)、マイナンバー、臓器提供意思表示欄

●回答方法を下記より選択してください。ご選択がない場合、書面によって回答させていただきます。

<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 郵送
mail:	番号:	

●手数料について

500円の銀行振込となります。 ※利用目的の通知および開示に関わる場合のみ