

自己情報開示請求書

受付No.

お名前		作成日	年	月	日
ご住所					
お電話番号					
ご勤務先					
1. お預かりしています個人情報に対するご要望はいずれでしょうか？(番号に○をつけてください)					
① 保有している私の個人情報の内容を知らせて欲しい					
② 保有している私の個人情報を削除して欲しい					
③ 保有している私の個人情報を修正して欲しい					
④ 保有している私の個人情報の利用をやめて欲しい					
⑤ 保有している私の個人情報を第三者に提供しないで欲しい					
2. ご要望の理由は何でしょうか？					
3. 開示を望まれるのはどの個人情報についてでしょうか？					
<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> FAX番号	<input type="checkbox"/> 勤務先	[[]
<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> E-Mailアドレス	<input type="checkbox"/> 勤務先住所	[[]
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 勤務先電話番号	[[]
<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> 生年月日		[[]
4. 削除を望まれるのはどの個人情報についてでしょうか？					
<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> FAX番号	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> E-Mailアドレス	<input type="checkbox"/> 勤務先住所	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 勤務先電話番号	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> 生年月日		<input type="checkbox"/>	[]
5. 修正を望まれるのはどの個人情報についてでしょうか？					
<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> FAX番号	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> E-Mailアドレス	<input type="checkbox"/> 勤務先住所	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 勤務先電話番号	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> 生年月日		<input type="checkbox"/>	[]
修正される個人情報をご記入ください。 修正後： []					
6. 利用停止を望まれるのはどの個人情報についてでしょうか？					
<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> FAX番号	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> E-Mailアドレス	<input type="checkbox"/> 勤務先住所	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 勤務先電話番号	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> 生年月日		<input type="checkbox"/>	[]
7. 第三者提供を希望されないのはどの個人情報についてでしょうか？					
<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> FAX番号	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> E-Mailアドレス	<input type="checkbox"/> 勤務先住所	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 勤務先電話番号	<input type="checkbox"/>	[]
<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> 生年月日		<input type="checkbox"/>	[]
8. ご連絡方法をご指定ください					
① 郵送					
② FAX(ご自宅のみ)					
③ メール(個人でお持ちのアドレスに限ります。フリーアドレスにはお送りできません)					