

個人情報開示等請求書

No. _____

株式会社エムズコーポレーション 御中

年 月 日

貴社における個人情報(保有個人データ)について、以下のとおり開示・訂正等を請求いたします。

本人	フリガナ												
	氏名	(印)											
	住所	〒											
	電話番号												
	本人確認書類	<p>下記より1点を添付(コピー)</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/>運転免許書</td><td><input type="checkbox"/>年金手帳</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>パスポート(旅券)</td><td><input type="checkbox"/>戸籍抄本</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>身体障害者手帳</td><td><input type="checkbox"/>住民票</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>外国人登録証明書</td><td><input type="checkbox"/>印鑑証明登録書</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>住民基本台帳カード(写真付)</td><td><input type="checkbox"/>外国人登録原票記載事項証明書</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>健康保険証</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 運転免許書	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> パスポート(旅券)	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 外国人登録証明書	<input type="checkbox"/> 印鑑証明登録書	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付)	<input type="checkbox"/> 外国人登録原票記載事項証明書	<input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> 運転免許書	<input type="checkbox"/> 年金手帳												
<input type="checkbox"/> パスポート(旅券)	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本												
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 住民票												
<input type="checkbox"/> 外国人登録証明書	<input type="checkbox"/> 印鑑証明登録書												
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付)	<input type="checkbox"/> 外国人登録原票記載事項証明書												
<input type="checkbox"/> 健康保険証													
代理人	フリガナ												
	氏名	(印)											
	住所	〒											
	電話番号												
	本人確認書類	<p><input type="checkbox"/>委任状 ※必須</p> <p>下記より1点を添付(コピー)</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/>運転免許書</td><td><input type="checkbox"/>年金手帳</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>パスポート(旅券)</td><td><input type="checkbox"/>戸籍抄本</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>身体障害者手帳</td><td><input type="checkbox"/>住民票</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>外国人登録証明書</td><td><input type="checkbox"/>印鑑証明登録書</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>住民基本台帳カード(写真付)</td><td><input type="checkbox"/>外国人登録原票記載事項証明書</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>健康保険証</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 運転免許書	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> パスポート(旅券)	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 外国人登録証明書	<input type="checkbox"/> 印鑑証明登録書	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付)	<input type="checkbox"/> 外国人登録原票記載事項証明書	<input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> 運転免許書	<input type="checkbox"/> 年金手帳												
<input type="checkbox"/> パスポート(旅券)	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本												
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 住民票												
<input type="checkbox"/> 外国人登録証明書	<input type="checkbox"/> 印鑑証明登録書												
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付)	<input type="checkbox"/> 外国人登録原票記載事項証明書												
<input type="checkbox"/> 健康保険証													

【ご依頼内容】

<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	<input type="checkbox"/> 個人情報の開示	<input type="checkbox"/> 個人情報の訂正
<input type="checkbox"/> 個人情報の利用停止等	<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	<input type="checkbox"/> その他(連絡、苦情等)
該当する情報	(訂正の場合) 旧: _____ →新: _____	
理由	(当社の保有データを特定するための参考として、具体的な理由を記入願います)	

【当社記入欄】

受付日	年 月 日
受付担当者	所属: _____ 氏名: _____ (印)
回答予定日	年 月 日

承認	年 月 日
	(印)