

京都電子計算株式会社 宛

## 個人情報開示訂正停止等請求書

フリガナ				印
氏名				
住所区分	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先（名称： ）	
住所	〒 -			
電話番号	- -	FAX番号	- -	
メールアドレス				
請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止			
本人を特定する 為に必要な情報	※弊社が個人情報を保有していると思われる理由をご記入ください。			
請求の詳細内容				
開示等の対象と なる項目				
希望回答方法	<input type="checkbox"/> 来社受取 <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵便			

注： 本人が請求する場合には、本人であることを証明する書類（運転免許証、健康保険の被保険者証、パスポート等）を提出、または提示してください。

代理人によるご請求の場合は、下欄もご記入下さい。

フリガナ				印
代理人氏名				
住所区分	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先（名称： ）	
住所	〒 -			
電話番号	- -	FAX番号	- -	
メールアドレス				
代理人種別	<input type="checkbox"/> 法定代理人		<input type="checkbox"/> 任意代理人	

注： 法定代理人または代理人が請求する場合には、代理人であることを証明する書類（戸籍謄本、登記事項証明書等、委任状）のほか、代理人自身が本人であることを証明する書類（運転免許証、健康保険の被保険者証、パスポート等）を提出、または提示してください。

対応欄			
受付日	年 月 日	受付者	
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証、 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証、 <input type="checkbox"/> 住民基本ICカード、 <input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
代理人本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証、 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証、 <input type="checkbox"/> 住民基本ICカード、 <input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> その他（ ）		