

記入日: _____

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"/> 利用の停止	<input type="checkbox"/> 消去	<input type="checkbox"/> 削除	<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				
	<input type="checkbox"/> 第三者提供の記録を含む	※対象となる第三者提供を特定するための事項をご記入ください。		
開示等の方法	<input type="checkbox"/> 書面の交付	<input type="checkbox"/> 電磁的記録の提供 (具体的な方法):		
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、代理人自身が代理人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。

弊社記入欄				
受付日	受付者			
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 住基カード 個人番号カード	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 住民票写し	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書と実印	<input type="checkbox"/> その他 (具体例):	
代理人本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 住基カード 個人番号カード	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 住民票写し	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書と実印	<input type="checkbox"/> その他 (具体例):	

記入例

個人情報開示訂正停止等請求書

フリガナ	キョウト タロウ			印
氏名	京都 太郎			
住所区分	<input type="checkbox"/> 自宅	■ 勤務先 (名称): (株)京都電子計算		
住所	〒 600-8216 京都市下京区木津屋橋通新町西入東塩小路町601 NUPビルディング京都駅前			
電話番号	075-241-5568	FAX番号	075-344-3810	
メールアドレス	sample@kip.co.jp			
請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	<input checked="" type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 訂正	<input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 利用の停止	<input type="checkbox"/> 消去	<input type="checkbox"/> 削除	<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。 セミナー申込み			
請求の詳細内容	貴社が保有している会社・役職情報を開示してください			
開示等の対象となる項目	会社名・所属名・役職名			
	<input type="checkbox"/> 第三者提供の記録を含む	※対象となる第三者提供を特定するための事項をご記入ください。		
開示等の方法	<input type="checkbox"/> 書面の交付	<input type="checkbox"/> 電磁的記録の提供 (具体的な方法):		
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	キョウト ハナコ			印
代理人氏名	京都 花子			
住所区分	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先 (名称):		
住所	〒 600-8216 京都市下京区木津屋橋通新町西入東塩小路町601 NUPビルディング京都駅前			
電話番号	075-241-5568	FAX番号	075-344-3810	
メールアドレス	sample@kip.co.jp			
代理人種別	<input type="checkbox"/> 法定代理人		<input checked="" 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、代理人自身が代理人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。

弊社記入欄				
受付日	2022年12月1日	受付者	情報 守	
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 住基カード 個人番号カード	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 住民票写し	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書と実印	<input type="checkbox"/> その他 (具体例):	
代理人身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 住基カード 個人番号カード	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 住民票写し	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書と実印	<input type="checkbox"/> その他 (具体例):	