

# 開示等に関する請求書

## 【依頼者及び代理人】

|      |        |  |
|------|--------|--|
| ご依頼日 | 年 月 日  |  |
| 本人   | 氏名     |  |
|      | 住所     | 〒 -  |
|      | 電話番号   | - -  |
|      | 本人確認方法 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 代理人  | 氏名     |  |
|      | 住所     | 〒 -  |
|      | 電話番号   | - -  |
|      | 本人確認方法 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |

## 【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<br><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  | (個人情報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]

|   |  |
|---|--|
| 請求書 NO.   |  |
| 受付日   | 年 月 日  |
| 受付担当者   |  |
| 本人 (代理人) 確認方法   | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 個人情報の管理部門   |  |
| 該当する個人情報名   |  |
| 実施日   | 年 月 日  |
| 依頼者への連絡方法   | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他   |
| 連絡先   |  |
| <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<br><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) |  |

承認

(窓口責任者)