

(当社使用欄)

株式会社ワラケン 御中

受付 No

「開示対象個人情報」開示等請求書

ご依頼人(代理人による請求の場合は代理人)

おところ	〒 -	印鑑	申込日
	フリガナ		平成 年 月 日
	都道		連絡先電話番号(自宅・携帯・勤務先)
	府県		() -
お名前	フリガナ	印鑑	本人確認書類:○を付してください
			運転免許証・パスポート・健康保険証・ 介護被保険証・住民票・年金手帳
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		代理人の場合は、委任状

貴社が保有している開示対象個人情報の開示等について以下のとおり下記事項を承認のうえ、請求します。

1. 開示等の対象となる名義人。(ご依頼人と異なる場合にご記入ください)

お名前	フリガナ
ご郵送先住所	〒 -
	フリガナ 都道 府県

2. 開示等の内容。(ご希望の内容に 印をご記入ください)

開示	利用目的の通知
内容の訂正、追加または削除	利用の停止または消去
第三者提供の停止	

3. 開示等を求める「開示対象個人情報」を「内容」の欄に具体的にご記入ください。

内容：
その他：

その他の欄は、何時頃の当社のどの業務に関する情報を開示等求めるのか具体的にご記入ください。(ご不明の場合は空欄のままで結構です)

- 本書による請求条件は別紙のとおりとなります。別紙を必ずご確認の上、必要事項を記載しご請求ください。
- 個人情報利用目的の通知、或いは開示を希望される場合には、1回のお申し出に対し630円が必要です。630円分の郵便為替をお申し出書類に同封してください。