

開示に関する請求書

小倉美術印刷株式会社 御中

NO.

【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 <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 <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
<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]

受付日	年 月 日	
受付担当者	部 印	
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 <input type="checkbox"/> その他 ()	
個人情報の 管理部門		
該当する個人情報、 データ名		
実施者	部 印	
実施日	年 月 日	
<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）

承認
(個人情報問合せ窓口責任者) 印
年 月 日