

個人情報開示等請求書

株式会社アトレスティル 御中

受付番号				
------	--	--	--	--

個人情報の開示等について以下のとおり請求します。

※太枠内の該当する項目をすべて黒のボールペンでご記入ください。

申込日 年 月 日

請求手段	<input type="checkbox"/> ご来社	<input type="checkbox"/> ご郵送	<input type="checkbox"/> お電話	<input type="checkbox"/> FAX・E-Mail
請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 …ご郵送のみ。別途手数料 600 円がかかります。			
	<input type="checkbox"/> 訂正(項目)	<input type="checkbox"/> 追加(項目)	<input type="checkbox"/> 削除(項目)	
	<input type="checkbox"/> 利用一時停止			
請求者	<input type="checkbox"/> ご本人		<input type="checkbox"/> 代理人	
ご本人	フリガナ			
	お名前			
	〒(-)	住所		
ご本人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 年金手帳の写し <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書の写し <input type="checkbox"/> その他 () ※ 直接のご来社による確認の場合はご提示のみで結構です。 ※ お電話によるご請求の場合、ご登録いただいているお客様の情報をお伺いいたします。			
代理人	フリガナ			
	お名前			
	〒(-)	住所		
	代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 年金手帳の写し <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()		
代理権確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()			

●請求する個人情報の内容

<input type="checkbox"/> お名前	<input type="checkbox"/> お誕生日	<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> ご住所	<input type="checkbox"/> 勤務地
<input type="checkbox"/> ご職業	<input type="checkbox"/> E-Mail アドレス	<input type="checkbox"/> 全ての項目		
<input type="checkbox"/> その他 () ※具体的にお願いたします。				

●個人情報の訂正・追加・削除の内容

項目	内容 (訂正前)	内容 (訂正後・追加後)

- ※ 本請求書により取得した個人情報は、請求の手続きのために利用します。
- ※ ご本人確認書類及び代理人確認書類、代理権確認書類は、手続き終了後速やかに廃棄します。
- ※ 各種書類の写しをご郵送される場合は確認に不必要な情報は消去してください。
- ※ 代理人による開示等の請求はご来社またはご郵送のみ受付いたします。

受付日	年	月	日
受付者	処理者	確認者	