

開示・停止等依頼書

【ご依頼者記入欄】

依頼日				
ご依頼者氏名		ご依頼者と 本人の関係	本人 (自己の情報)	代理人 (委任状必要)
ご住所	〒 電話番号:			
ご依頼の内容 <small>(該当項目にシ点、または 必要事項をご記入下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知を依頼します <input type="checkbox"/> 開示を依頼します <input type="checkbox"/> 訂正、追加、削除を依頼します 現在 _____ 新 _____ <input type="checkbox"/> 利用停止、消去、第三者への提供を依頼します 該当する情報 _____			
ご依頼の理由				
尚、上記内容等について、お問合せがございましたら、下記までご連絡を頂きますようお願い致します 会社名： ソネット株式会社 住 所： 〒371-0847 群馬県前橋市大友町2-6-1 電話番号： 027-251-4165 FAX番号 027-251-9900				

【会社記入欄】 ※電話による請求の場合、上記内容を受付者が記入する。

受付	本人 確認	受付日:		受付(記入)者:		
		電話による請求	<input type="checkbox"/> 電話(コールバック、又は登録情報照会) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート いずれかのコピー			
		郵送 FAX メール による請求	<input type="checkbox"/> 電話(コールバック、又は登録情報照会) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート いずれかのコピー			

受付	代理人 確認	受付日:		受付(記入)者:		
		電話による請求	<input type="checkbox"/> 電話(コールバック、又は登録情報照会) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート いずれかのコピー			
		郵送 FAX メール による請求	<input type="checkbox"/> 電話(コールバック、又は登録情報照会) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート いずれかのコピー			

実施 及び 承認	対応	対応日:		担当者:	
	通知内容	該当する個人情報開示・利用目的通知書、個人情報訂正等通知書、個人情報利用停止等通知書を添付 すること(依頼に応じられない場合は、その理由を明確に記すこと) ただし書きを適用する場合は、適用除外申請書を添付すること			
	通知内容 承認	承認日:		承認者:	
本人への通知		通知日:		通知者:	