

開示対象個人情報 開示等請求書

平成 年 月 日

エム・アイ・アソシエイツ株式会社 個人情報保護管理責任者 殿

氏名	(カナ)	ご捺印	
住所	(カナ)	電話番号 :	
	〒		

私は、貴社の開示対象個人情報について下記請求します。

*開示対象個人情報とは、当社が保有する個人情報のうち、特定の個人情報を容易に検索できるように体系的に構成した情報の集合物を構成する個人情報であって、当社が開示、内容の訂正、内容の追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止の求めのすべてに応じる権限を有するものをいいます。

開示等を請求する開示対象個人情報情 (具体的に特定してください。)	
--------------------------------------	--

ご希望の請求内容にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知
開示または利用目的の通知をご希望の場合は、a 又は b に○印を付してください。a を選択した場合は実施の方法及び希望日を記載してください。	<p>a 事務所における開示、利用目的の通知の方法を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p><実施の希望日> 平成 年 月 日</p> <p>b 写しの送付を希望する。</p>
<input type="checkbox"/> 訂正	<input type="checkbox"/> 追加
<input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 利用停止
<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	
具体的な内容	

本人確認等の下記項目についてチェックしてください。

請求者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> その他の代理人 (委任状が必要です)
	<input type="checkbox"/> 法定代理人	
請求者本人確認書類 (写し) ※本籍地の情報は都道府県以外を、個人番号は全桁を黒く塗りつぶしてください	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 外国人登録証明書
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード	<input type="checkbox"/> その他 ()
本人の状況等 ※法定代理人が請求する場合にのみ記載してください	<p>(ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人</p> <p>(イ) 本人の氏名</p> <p>(ウ) 本人の住所又は居所</p>	
請求資格確認書類 ※本籍地の情報は都道府県以外を、個人番号は全桁を黒く塗りつぶしてください	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	
	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。

また、開示等の求めに際しご提出いただいた請求書は返却いたします。

開示等受付窓口	〒107-0052 東京都港区赤坂 4-9-17 赤坂第一ビル 10F エム・アイ・アソシエイツ株式会社 個人情報問い合わせ窓口
---------	---

弊社記入欄

個人情報保護管理者	担当者