

個人情報開示等請求書

平成 年 月 日

〒102-8025

東京都千代田区紀尾井町 3-23

ピーアールコンビナート株式会社 個人情報問合せ窓口責任者 宛

私は、「個人情報のお取り扱いに関して」に基づき以下の内容の個人情報の開示等の請求をいたします。
また、ピーアールコンビナート株式会社がこの請求書及び本人確認のために提出した書類記載の個人情報を開示請求対応および本人確認のために利用することに同意します。

請求者の氏名： _____ (印)

請求区分 (該当箇所にチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正等 <input type="checkbox"/> 利用停止等
------------------------------------	--

太枠内は必須記載事項となります。ご記入漏れのないようご注意ください。

本人の特定に係る情報	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	〒 -
	電話番号	() -
	メールアドレス	(お持ちの方のみご記入ください)
	本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証の被保険者証 ※コピーは本籍地を塗りつぶしたものをご用意下さい。

代理人等による請求の場合の	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒 -
	電話番号	() -
	代理人等の区別	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他()
	代理権等確認書類等	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 後見開始審判書又は成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 資格者の種類及び登録番号 <input type="checkbox"/> 職印に係る印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他()
開示等請求者の本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証の被保険者証 ※コピーは本籍地を塗りつぶしたものをご用意下さい。	

(注) 本人以外の代理人等が請求する場合のみご記入ください。

「代理人等の区別」で相続人とお書きになった方のみご記入ください。
請求の必要性(できる限り具体的にご記入ください)

請求に対する回答方法	<input type="checkbox"/> 書面の郵送 <input type="checkbox"/> 電子メールによるデータの送信 <input type="checkbox"/> その他()
------------	--

訂正等に係る方法の区分	<input type="checkbox"/> 訂正		
	訂正項目	内容(修正前)	内容(修正後)
	<input type="checkbox"/> 追加		
	追加項目	追加内容	
利用停止等に係る方法の区分	<input type="checkbox"/> 削除		
	削除項目・内容		
利用停止等に係る方法の区分	利用停止: <input type="checkbox"/> 目的外利用 <input type="checkbox"/> 不正な手段による取得 <input type="checkbox"/> その他		
	消去: <input type="checkbox"/> 目的外利用 <input type="checkbox"/> 不正な手段による取得 <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 第三者提供(提供先又は提供方法並びに停止を求める)		