

開示対象個人情報の開示等対応申請書

株式会社インテージヘルスケア 苦情・相談窓口 行

私は、貴社が保有する私の個人情報(開示対象個人情報)に関して、次の通り申請します。

申請日	(西暦) 年 月 日			
申請人 (本人)	住所	〒 _____ 電話番号 _____ メールアドレス _____		
	氏名(自署)			捺印
	本人確認書類(*1)	<input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 住民票抄本 <input type="checkbox"/> その他()		
代理人 (代理人による 申請の場合の み記入)	住所	〒 _____ 電話番号 _____ メールアドレス _____		
	氏名(自署)	申請人との関係		捺印
	本人確認書類(*1)	<input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 住民票抄本 <input type="checkbox"/> その他()		
	代理人の代理権を 確認する為の書類 (*2)	法定代理人 の場合	親権者の場合 → <input type="checkbox"/> 住民票抄本など親子関係が確認できる書類 未成年後見人、成年後見人、任意後見人の場合 → <input type="checkbox"/> 後見登記事項証明書	
		任意代理人 の場合	委任状(本人の実印を捺印) および本人の印鑑証明書	

(*1)(*2) 枠内の のいずれかにチェックし、書類の名前・住所・生年月日以外の項目は黒で塗りつぶして下さい。

申請内容 (いずれかの <input type="checkbox"/> に チェック)	具体的内容・理由 (「利用目的の通知」、「開示」の場合は不要です。理由は選択肢のいずれかに○をつけてください。)
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	
<input type="checkbox"/> 開示	
個人 情報 の 訂 正 等	<input type="checkbox"/> 訂正 (訂正項目およびその内容) 訂正前: 訂正後: (理由) 1.データが事実でない 2.その他(具体的に)
	<input type="checkbox"/> 追加 (追加項目およびその内容)
	<input type="checkbox"/> 削除 (削除項目およびその内容) (理由) 1.データが事実でない 2.その他(具体的に)
<input type="checkbox"/> 利用停止	(理由) 1.データが事実でない 2.利用目的外で取り扱われた 3.その他(具体的に)
<input type="checkbox"/> 消去	(理由) 1.データが事実でない 2.その他(具体的に)
<input type="checkbox"/> 第三者提供停止	(理由) 1.本人の同意なく第三者へデータが提供された 2.その他(具体的に)

本書および次の添付書類等一式を、簡易書留郵便にてお送りください。

- ・ご本人確認のための書類
- ・(代理人があるとき) 委任状および代理人の代理権を確認するための書類
- ・ご本人または代理人宛での返信用封筒 (封筒のサイズに適した切手をお貼りください)
- ・ご申請内容が、「利用目的の通知」または「開示」の場合は、手数料 500 円を申し受けますので、500 円分の切手を同封してください。

【弊社記録欄】

受付	受付日	(西暦) 年 月 日	
	担当者	(所属) (社員コード) (氏名)	
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 住民票抄本 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 添付書類なし	
	代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 法定代理人確認書類() <input type="checkbox"/> 委任代理人確認書類() <input type="checkbox"/> 添付書類なし	
対応	対応日	(西暦) 年 月 日	
	担当者	(所属) (社員コード) (氏名)	
	対応方法	<input type="checkbox"/> 郵送回答 <input type="checkbox"/> その他()	
	対応内容		