

株式会社 エスケイコンサルタント御中

個人情報 開示等申出書

私は、以下の通り、私の個人データについての開示等を請求します。

申 出 日	令和 年 月 日		
本人の名前、捺印			
住所（送付先）	〒 ー	電話番号	(ー) ー
本人の確認 （注1）	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 写真付き住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑証明書と印鑑		
代理人の確認 （注1）	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 代理を示す旨の委任状 <input type="checkbox"/> 法的な代理権を証明する書類		
要求の種類	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 第3提供停止		
要 求 内 容			

（注1） 本人の確認、代理人の確認ための書類を添付下さい。

応答者		応答日		応答手段	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送
本人への対応内容					
<input type="checkbox"/> 別添の通りご回答(求めに応じない場合の理由を含む)を致します					
<input type="checkbox"/> 実施を完了いたしました（完了日： 年 月 日）					
<input type="checkbox"/> 下記事由によりご要請には応じられません					
<input type="checkbox"/> 貴殿又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある					
<input type="checkbox"/> 当社の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼす恐れがある					
<input type="checkbox"/> 法令に違反することになる					
<input type="checkbox"/> 本人確認書類に不備があります。再提出をお願い致します。					
					保護管理者

<申し出先（苦情・相談窓口）>

担当者：

責任者：

連絡先：

連絡先：

SCPF30-02