

個人情報 開示等請求書

個人情報の開示、削除、利用停止・第三者提供停止・消去をご希望される方は、下記必要事項をご記入の上、本人確認書類添付にて、窓口にご持参いただくか、又はご郵送ください。
他の方の個人情報を誤って開示するおそれがありますので、漏れなくご記入ください。

請求窓口

〒 東京都北区東田端1-12-3 稲垣ビル5F
セフティレビュー株式会社 個人情報保護相談窓口対応責任者
TEL：03-3893-7812 FAX：03-3893-7809

本人 代理人

住 所	〒
ふりがな	
氏 名	印
電話番号	()
本人確認方法	1. 当社窓口 2. 証明書類郵送
本人確認書類	1. 運転免許証 2. パスポート 3. 健康保険証
本人との関係	1. 親権者 2. 成年後見人 3. 代理人 4. その他 ()
本人との関係を証明する書類	1. 戸籍謄本 2. 成年後見登記事項証明書 3. 委任状 注) 委任状は実印によるものとし、印鑑証明書を添付のこと
代理人の身分証明書	1. 運転免許証 2. パスポート 3. 健康保険証

開示請求内容

<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> その他 ()
--

利用停止・第三者提供の停止・消去

<input type="checkbox"/> 利用停止	理 由
<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	
<input type="checkbox"/> 消 去	

※本請求書にご記入頂く個人情報は、本請求書に基づく処理のみに利用致します。

※開示等に要する実費分として、原則として、1件につき1,000円の請求料金を頂きます。

※開示にかかる日数は、10日です。

社用欄

受 付	受付担当者	印
	受付年月日	年 月 日
	特記事項	
対 応	情報管理責任者	印
	対応内容	
	実施年月日	
提供先への通知	通知担当者	印
	通知年月日	年 月 日
備 考		