

## 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		