

年 月 日

株式会社アソビズム 御中

保有個人データ開示等請求書

1 請求者（該当する□にはレ印を記入してください。）

| | |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人 | 住所 |
| | 氏名 |

請求者が代理人の場合は本人の氏名・住所も記載してください。

| |
|----|
| 住所 |
| 氏名 |

2 保有個人データの開示等の請求等に関する事項

| | |
|--|--|
| 請求の目的 （該当する□にはレ印を記入してください（複数可）） | <input type="checkbox"/> 保有個人データの利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 保有個人データの開示 <input type="checkbox"/> 保有個人データの内容の訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 保有個人データの利用停止、消去 <input type="checkbox"/> 保有個人データの第三者提供の停止 |
| 請求の対象となる保有個人データの名称、内容、その他請求に係る保有個人データを特定するに足りる事項 | |
| 決定のご連絡の方法 | 「保有個人データ開示等決定通知書」又は「保有個人データ不開示等決定通知書」でご連絡いたします。 |

（会社使用欄）（ご請求者は記載しないでください。）

| | |
|------------------------|---|
| 本人の本人確認書類（*） | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 代理人による場合、代理人の本人確認書類（*） | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 代理権の確認書類 | <input type="checkbox"/> 委任状+印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 扶養家族が記入された保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 担当者 | （内線） |
| 備考 | |

（*）顔写真なしのものは2点確認