

請求日： 年 月 日

大東保険コンサルティング株式会社
個人情報保護管理者 行

【個人情報開示等請求書】

私は、貴社の開示対象個人情報について、以下のとおり請求します。

* 開示対象個人情報とは、当社が保有する個人情報のうち、特定の個人情報を容易に検索できるように体系的に構成した情報の集合物を構成する個人情報であって、当社が開示、内容の訂正・追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止の求めのすべてに応じる権限を有するものをいいます。

請求区分	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 内容の訂正 <input type="checkbox"/> 内容の追加又は削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去および第三者への提供の停止	
請求者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	
本人の氏名	フリガナ	
本人の住所	〒 TEL:	
代理人の氏名 ※請求者が代理人の場合	フリガナ	
代理人の住所 ※請求者が代理人の場合	〒 TEL:	
請求の対象となる 個人情報(具体的に)		
請求内容(具体的に)		
請求の理由		
本人確認書類 ※本籍地は都道府県までとし、それ以降の情報は黒く塗りつぶして下さい。	本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()
	代理人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()
代理証明書類 ※請求者が代理人の場合	<input type="checkbox"/> 本人からの委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()	

* 利用目的通知請求ならびに開示請求の場合は、手数料として1,000円分の切手または郵便小為替をご同封ください。

* 開示等の求めに伴い取得した個人情報は、開示等の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。

また、開示等の求めに際しご提出いただいた請求書は返却いたしかねます。

【受付窓口】

〒162-0066 東京都新宿区市谷台町6番3号
大東保険コンサルティング株式会社 個人情報お客様相談窓口
TEL: 0120-035-536 / FAX: 03-5919-6117