

個人情報開示等請求書

年 月 日

大和産業株式会社

貴社に保有管理されている私自身の個人情報について（利用目的の通知 開示 訂正 追加 削除 利用停止 消去 提供停止）を願いたく、以下の通り申請いたします。

（注） 該当する□には、レ印を記入してください。

（申請者）

本人申請

住 所（〒 - ）

代理人申請

氏 名

印

電話番号

| | |
|----------------------------------|-------|
| 開示請求等の請求目的 および理由をご記入願 います。 | |
| | |
| | |
| | |
| | |

* 利用目的の通知、開示について請求の場合には手数料として一回につき切手510円を申し受けます。

代理人による申請の場合は以下の欄も記入してください。

| | | |
|-----------|------|--|
| 本人との関係 | | |
| 本人の氏名及び住所 | 氏 名 | |
| | 住 所 | |
| | 電話番号 | |

（注1）本人確認のために、運転免許証、住民票、パスポートまたは健康保険の被保険者証などの公的書類の写しを添付して下さい。

又、記載にあたっては「個人情報の取り扱いについて」をお読み頂きご記入願います。

（注2）代理人による請求の場合は上記書類のほかに、代理人の本人確認のための運転免許証、住民票、パスポートまたは健康保険の被保険者証などの公的書類の写し、及び委任状を添付して下さい。

【処理欄】 （下の欄には記入しないで下さい）

| | | |
|--------|--|--|
| 請求者の確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（本人への連絡） | <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 |
| 代理人の確認 | 代理人であることを証する書類 [] | |

| | |
|-----|-----------------|
| 受付者 | 個人情報保護 管理者確認 |
| / / | / / |
| | |

⇒