

保有個人データ開示等請求書(兼)回答書

株式会社オービス 御中

年 月 日

保有個人データ情報の開示等について以下のとおり請求します。

A	請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> その他( )	
	請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	
	手数料支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 銀行振込	
B ○本人	フリガナ		
	お名前		印
	ご住所	〒	
	TEL		
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> ① 住民票 <b>対面による受付</b> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 写真付きのマイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( ) ※上記書類1種類を確認させて下さい。	<b>郵送による受付</b> <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 写真付きのマイナンバーカードの写し <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証の写し <input type="checkbox"/> その他( ) ※上記書類1種類を確認させて下さい。(本籍等、特定の機微個人情報については、マスクングをお願いします。)
C ○代理人	フリガナ		
	お名前		印
	ご住所	〒	
	TEL		
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 委任による代理人 <input type="checkbox"/> 法定代理人	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> ① 住民票 <input type="checkbox"/> ② 代理人自身の本人確認書類 ※下記のうち1種類 <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 写真付きのマイナンバーカードの写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> ③ 任意の代理人 ※以下全て <input type="checkbox"/> 委任者が実印を押印した委任状 <input type="checkbox"/> 印鑑証明書 <input type="checkbox"/> ④ 法定代理人(未成年後見人) ※以下のうち1種類 (代理権が証明できるもの) <input type="checkbox"/> 選任決定書 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> ⑤ 法定代理人(成年後見人) ※以下のうち1種類 (代理権が証明できるもの) <input type="checkbox"/> 選任決定書 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書等 <input type="checkbox"/> その他( )	※上記Bの本人確認に加え、右記①、②及び③～⑤該当の書類を提出して下さい。 ※有効期限内のものに限ります。	
D ○内容	請求に関わる保有個人データの内容をできるだけ具体的に記載して下さい。		

回答欄

ご請求に対する回答内容	
情報更新日	
回答責任者	個人情報保護管理者 印

※ご請求に応じることができない場合は、その理由を回答内容欄に掲載いたします。