CP_Report-020

個 人 情 報 開 示 要 求 書

・下記必要事項を記入し、ご本人様確認の書類を添えて弊社までＦＡＸまたは郵送してください。

・原則としてご本人様確認後より7日以内に対処させていただきます。

〔ご本人確認の書類例〕

健康保険証／運転免許証等のコピー（本籍地は消して送付してください。）

・個人情報の開示には１件あたり500円が必要です。

ご依頼日		
ふりがな		
ご依頼者		
住　所		
TEL		FAX
E-MAIL		
本人確認書類	☐ 運転免許証　☐ 健康保険証　☐ 年金手帳　☐ パスポート	
ご依頼内容	☐ **利用目的の通知**　自己の情報の利用目的を通知してください。	
	☐ **開示**　自己の情報の開示をお願いします。 該当する事業・商品 ＿＿＿＿＿＿	
	☐ **訂正**　自己の情報に関する以下の情報の訂正をお願いします。 該当する情報　旧：＿＿＿＿＿＿ 新：＿＿＿＿＿＿	
	☐ **削除**　自己の情報に関する以下の情報の削除をお願いします。 該当する情報 ＿＿＿＿＿＿ 理　由 ＿＿＿＿＿＿	

送付先　　ご住所、ファックス番号をご記入ください。