

保有個人データに関する開示等請求書

(西暦) 年 月 日

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、貴社が保有する私の個人データの開示等について、以下の通り請求します。

※□は、該当する項目にチェック(レ)してください

ご請求人	請求対象となる「個人データの本人」を特定するための情報		
	(住所) 〒 -		
	(氏名) カガナ	生年月日(任意記載) 西暦 年 月 日	電話番号(日中ご連絡可能な連絡先) - -
本人の確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証/運転経歴証明書(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 健康保険証※1 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード※2 <input type="checkbox"/> その他()のコピー		
代理人	「代理人による請求」の場合のみ記入してください		
	(住所) 〒 -		
	(氏名) カガナ		電話番号(日中ご連絡可能な連絡先) - -
請求の対象となる人との関係	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人	
	任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他()	
関係を証明する書類	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書	
	任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 委任状(弊社書式にご本人の実印)および、ご本人の印鑑証明書	
代理人の確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証/運転経歴証明書(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 健康保険証※1 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード※2 <input type="checkbox"/> その他()のコピー		

< 請求に係る個人情報の種類 >

請求項目	<input type="checkbox"/> ①利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②データの開示 <input type="checkbox"/> ③データの訂正 <input type="checkbox"/> ④データの追加 <input type="checkbox"/> ⑤データの削除 <input type="checkbox"/> ⑥データの利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦データの消去 <input type="checkbox"/> ⑧第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> ⑨第三者提供記録の開示
請求理由 ※①、②、⑨の場合は記入不要	③～⑤の請求 <input type="checkbox"/> データが事実でない <input type="checkbox"/> 上記以外()
	⑥～⑧の請求 <input type="checkbox"/> データの不適正な取得 <input type="checkbox"/> 不適正な利用 <input type="checkbox"/> 利用目的外での取扱い <input type="checkbox"/> 利用する必要がなくなった <input type="checkbox"/> 漏洩等が生じた <input type="checkbox"/> 本人の権利、利益侵害のおそれ <input type="checkbox"/> 上記以外()
	⑧の請求 <input type="checkbox"/> 同意なく第三者へデータを提供した <input type="checkbox"/> 同意なく外国の第三者へデータを提供した <input type="checkbox"/> 上記以外()
請求内容 ※上記③、④、⑤の場合のみ記入	【③訂正の場合】 (1) 訂正項目() (2) 訂正内容 訂正前() 訂正後()
	【④追加の場合】 (1) 追加項目() (2) 追加内容()
	【⑤削除の場合】 (1) 削除項目() (1) 削除内容()
ご希望の方法	<input type="checkbox"/> 書面による提供 <input type="checkbox"/> メールによる送信 <input type="checkbox"/> CD-ROM等の媒体に保存して郵送 <input type="checkbox"/> その他() (ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください)
弊社記入欄 (回答内容)	<input type="checkbox"/> 別紙のとおりご回答します <input type="checkbox"/> 完了いたしました(完了日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 下記事由によりご請求には応じられません <input type="checkbox"/> ご請求書類に不備があります(理由:) <input type="checkbox"/> 請求対象となる個人情報ではありません <input type="checkbox"/> ご本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがあります <input type="checkbox"/> 当社の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼす恐れがあります <input type="checkbox"/> 法令に違反します(法令名:) <input type="checkbox"/> その他()
ご回答日	年 月 日
回答の郵送先	※請求人住所と同一の場合は記入不要です

- ※1 健康保険証は、カード型の場合、必ず裏面に現在の住所をご記入いただき、両面のコピーを同封してください。
※2 マイナンバーカードは、表面（顔写真）のコピーのみ同封してください。裏面（個人番号記載の面）は同封しないでください。

必要事項をご記入のうえ、必要な本人確認書類（運転免許証などの公的書類のコピー1点）を添付し、開示手数料分の郵便切手を同封のうえ、弊社窓口宛に一般書留または簡易書留にてご郵送ください（郵送料はご請求者にてご負担をお願いいたします）。

<弊社窓口>

〒107-0052

東京都港区赤坂一丁目8番1号 赤坂インターシティAIR ケアレックス株式会社 管理統括部 人事総務課 開示請求担当者

（封筒に朱書きで、「開示等請求書 在中」とお書き添えください）