

保有個人データ開示等請求書

株式会社オレンジページ 総務部 御中

【ご請求者】（該当する□にレ印を記入し、請求者が代理人の場合は本人の住所・氏名も記入してください。）

| | | | |
|------------------------------|------|---|---|
| ご依頼日 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> 本人 | 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | — |
| | 電話番号 | — | — |
| <input type="checkbox"/> 代理人 | 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | — |
| | 電話番号 | — | — |

【ご依頼内容】

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 | <input type="checkbox"/> 個人情報の開示 | <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正 |
| <input type="checkbox"/> 個人情報の利用停止等 | <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 | <input type="checkbox"/> その他（連絡、苦情等） |
| 該当する情報 | (訂正の場合) 旧： _____ →新： _____ | |
| 理由 | (個人情報を特定するための参考として、具体的な理由を記入願います) | |

【会社使用欄】（ご請求者は記載しないでください。）

| | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 受付NO. | | |
| 受付日 | 年 月 日 | |
| 受付担当者 | | |
| 本人（代理人）の 確認方法（*） | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |
| 代理人による場合 代理権の確認書類 | <input type="checkbox"/> 委任状+印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 扶養家族が記入された保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |
| 個人情報の管理部門 | | |
| 該当する個人情報名 | | |
| 実施日 | 年 月 日 | |
| ご請求者への連絡方法 | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他 | |
| 連絡先 | | |
| <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 | <input type="checkbox"/> 個人情報の開示 | <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正 |
| <input type="checkbox"/> 個人情報の利用停止等 | <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 | <input type="checkbox"/> その他（連絡、苦情等） |

（*）顔写真なしのものは2点確認