

開示・停止等依頼書

本人 情報	フリガナ 本人氏名		代理人 情報 (代理人 による申 込の場 合、ご記 入くださ い)	フリガナ 代理人氏名	
	本人住所	〒		代理人 住所	〒
	本人との 関係			<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人	
	本人 連絡先	TEL: FAX:		代理人 連絡先	TEL: FAX:
ご依頼の内容 (該当項目にレ点を また必要事項をご 記入ください)	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用目的の通知を依頼します <input type="checkbox"/> 個人情報の開示を依頼します <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正、追加を依頼します 現在の内容: _____ 訂正・追加内容: _____ <input type="checkbox"/> 個人情報の削除、利用停止、消去、第三者への提供の停止を依頼します 該当する情報: _____				
個人情報の取扱いについて (レ点をご記入 ください)	お預かりした個人情報(免許証等の本籍地等の特定の機微な個人情報につきましては、マジックなどで塗りつぶしていただくなど、消して送付していただきますようお願いいたします。)は、開示、訂正、削除、利用目的の通知、第三者提供の停止等を行うため、及び本人確認、連絡のみに利用いたします。他へ提供することはありません。お預かりした個人情報は安全に取扱い、終了後適切に廃棄させていただきます。 <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (この場合、ご依頼の内容をお受けできません)				
尚、上記内容等について、お問合せがございましたら、下記までご連絡を頂きます様、お願い致します 会社名： 株式会社シグマコミュニケーションズ 個人情報問合せ窓口 (経営管理部) 住所： 〒141-0032 東京都品川区大崎4-1-2 ウィン第2五反田ビル7F 電話番号： 03-4531-6571					

【会社記入欄】

本人 (代理人) 確認	受付日： 令和 年 月 日	受付者：	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民票 (3ヶ月以内のもの) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 委任状 (代理人の場合のみ)		
実施 及び 承認	対応	対応日： 令和 年 月 日	対応者：
	通知 内容	該当する個人情報開示・利用目的通知書、個人情報訂正等通知書、個人情報利用停止等通知書を添付すること。(依頼に応じられない場合は、その理由を明確に記すこと) ただし書きを適用する場合は、適用除外申請書を添付すること。	
	通知内容 承認	承認日： 令和 年 月 日	承認者：
通知送付 確認	通知日： 令和 年 月 日	通知者：	