

個人情報の開示等請求書

平成 年 月 日

株式会社アイリックコーポレーション 殿

株式会社アイリックコーポレーションに対し個人情報の開示等の求めをいたします。

| | |
|---|--|
| お問合せ事項 | <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用・提供の拒否 <input type="checkbox"/> その他 () |
| お名前： | |
| ご連絡先（住所） | |
| ご連絡先（電話） | |
| ご本人様確認資料 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保健被保険者証 |
| お問合せ個人情報とのご関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 |
| 代理人様 お名前： | |
| 代理人様 ご連絡先（住所） | |
| 代理人様 ご連絡先（電話） | |
| 本人様とのご関係 | <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任による代理人 |
| 委任状 | <input type="checkbox"/> 委任状および印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 () |
| ご本人様確認資料 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保健被保険者証 |
| お問合せ対象個人情報 ※ お問合せ頂きました個人情報 を正確に把握させていただく ために、詳細にご説明 ください。 | |
| お問合せ理由 ※ 訂正内容や利用・提供停止 理由等を詳細にご記入 ください。 | |
| 具体的な問題や損害 ※ 苦情の場合にご記入 ください | |

個人情報の取扱いについて

私「 」は、株式会社アイリックコーポレーションの「個人情報の取扱いについて」に同意し、個人情報の開示請求に必要な書類を送ります。

当社記入欄

| | |
|-----------|--------------------------------|
| 本人・代理人の確認 | 運転免許証 住民票の写し 健康保険証 その他 () |
| 代理人資格の確認 | 戸籍謄本/抄本 住民票記載事項証明書 委任状 その他 () |
| 受付担当者 | 受 付 : 年 月 日 受 付 者 : |