

個人情報の開示等請求書

私は、個人情報保護法第33条に基づき、下記の事項を請求いたします。

記

(□は、該当箇所に「✓」チェックをつけてください。)

	請 求 日	年 月 日		
請 求 者	住 所	〒		
	氏 名	印	生 年 月 日	年 月 日
	電 話 番 号		F A X 番 号	
	E-MAIL アドレス			
	請 求 者 区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		
開 示 等 対 象 者 本 人	開示等対象者本人の住所、氏名等をご記入ください。上記と重複する場合「同上」で結構です。			
	当社との関係	<input type="checkbox"/> 「インターネット庄内」の会員 <input type="checkbox"/> 採用応募者 <input type="checkbox"/> お取引先の役員又は従業者の方 所属企業・団体名： 当社関係部署： <input type="checkbox"/> 株主 <input type="checkbox"/> 当社従業員 <input type="checkbox"/> 退職者 <input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）		
	住 所	〒		
	氏 名	印	生 年 月 日	年 月 日
	電 話 番 号		F A X 番 号	
	E-MAIL アドレス			
請 求 の 内 容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 利用停止または消去 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 第三者提供の記録、第三者から受領の記録			
請 求 の 詳 細				
回 答 方 法	回答方法について、ご要望がある場合はご記入ください。特にご要望がない場合は、原則紙文書で回答いたします。			

【請求先】

〒998-0102

山形県酒田市京田二丁目69番3

株式会社 日情システムソリューションズ
 管理本部 品質保証部 宛

TEL 0234-41-2173

FAX 0234-41-2133

【ご注意事項】

1. 開示等対象者様の本人確認のため、ご本人の運転免許証もしくは身分証明書の写しを添付願います。
2. 代理人の方が請求される場合は、委任状と本人確認のため代理人の運転免許証もしくは身分証明書の写しを添付願います。(マイナンバーカードの場合は、**表面の写し**に限ります)
3. ご回答形式については、ご希望に添えないことがあることをご了承願います。
 郵送の場合は、ご本人確認書類に記載の住所又は、代理人本人確認書類に記載の住所に本院限定受取郵便（特定型）で郵送いたします。
4. 今回の開示等請求に際し、ご提供頂きました個人情報は、開示等を行うために必要な範囲で利用いたします。また、取得した個人情報の全部または一部を委託及び第三者提供することはありません。
5. お送り頂いた書類の返却はいたしません。開示等のご請求に対する回答が終了した後、適切に管理、廃棄させていただきます。
6. 開示等の手数料の徴収は行いません。