

保有個人データ開示・利用停止等（消去含む）請求書

申請日（西暦） 年 月 日

〒805-0008 福岡県北九州市八幡東区枝光本町3番1号

株式会社ワシダ 個人情報管理責任者 宛

個人情報の保護に関する法律（「個人情報保護法」）に基づき、以下のとおり貴社、保有個人データに関して請求します。また、開示・利用停止等（消去含む）・訂正等請求にあたり、「保有個人データの開示等の求めに関する手続き」記載事項の内容に同意します。

※) 請求に必要な事項を記入、必要書類添付のうえ、書留、簡易書留、配達記録郵便等、配達記録が残る方法により申し込みください。（郵送料金、開示等請求に必要な書類は請求者負担）。この請求書でいただいた個人情報は、保有個人データに関する請求業務以外には使用いたしません。）

1. 請求事項（☑をしてください）

- 当社が保有する保有個人データの開示 当社が保有する保有個人データの利用停止等（消去含む）
 その他（訂正・第三者提供の停止等）

2. 請求事項の対象となるご本人

氏名	（ふりがな）	印鑑
生年月日	年 月 日	
現住所	（〒 - ）	
電話番号 携帯番号	（ ） - ※日中に連絡が取れる番号を記入してください。	
本人確認書類 ※) 右記から 一種類選択	<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"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明	有効期限内のコピー
	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 住民票	現住所記載の発行日から3ヶ月以内の原本
※請求を代理人に委任する場合は☑してください。また、通知先を指定ください。 <input type="checkbox"/> 「保有個人データ開示・利用停止等（消去含む）・訂正等請求」に申請および開示情報等の受領に関する一切の権限を、下記代理人に委任します。 【通知先： <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 代理人】		

3. 代理人が開示・利用停止等（消去含む）・訂正等請求を行う場合記入

代理人氏名	（ふりがな）	印鑑
生年月日	年 月 日	
現住所および電話番号	（〒 - ） Tel () - ※日中に連絡が取れる番号を記入してください。	
開示請求の対象となるご本人との関係および、代理人本人確認書類	<input type="checkbox"/> 親権者	代理人の本人確認書類（請求事項の対象となるご本人と同様の書類）、およびご本人との関係を示す戸籍謄（抄）本（発行日から3ヶ月以内の原本）
	<input type="checkbox"/> 未成年後見人	
	<input type="checkbox"/> 成年後見人	代理人の本人確認書類（請求事項の対象となるご本人と同様の書類）、および成年後見登記事項証明書（発行日から3ヶ月以内の原本）
	<input type="checkbox"/> 委任代理人	代理人の本人確認書類（請求事項の対象となるご本人と同様の書類）、および開示等請求の対象となるご本人の印鑑登録証明書（発行日から3ヶ月以内の原本）

裏面も記載してください。

4. ご請求内容

請求理由	1、 請求事項の対象となるご本人の保有個人データが正確であることを確認するため 2、 請求事項の対象となるご本人の保有個人データの利用停止等（消去含む）のため 3、 その他(訂正・第三者提供の停止等) []		
請求内容の詳細を記入してください。			
結果通知方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 書面を電子メールにて送信（メールアドレス _____）		
(株)ワシダ 使用欄	受付日	年 月 日	
	受付場所	<input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> カスタマーセンター <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
		<input type="checkbox"/> ご来店（請求書持参含む）	
	受付者	店舗名（所属名）： 社員番号： _____ 氏名： _____	
	本人確認状況	<input type="checkbox"/> 口頭での確認 <input type="checkbox"/> 公的書面を目視確認 <input type="checkbox"/> 書面（コピー）の取付有	
		<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"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
		本人確認項目	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 住所 当社で保険契約のお申込 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 証券 ポリシー数（ _____ ） <input type="checkbox"/> 不明 証券番号： _____
お客さまの声	PERMS 報告番号 _____		