

株式会社アイ・シー・アイ・渡辺印刷
個人情報お問合わせ窓口 御中

依頼日 年 月 日

〔ご依頼者記入欄〕

開示・停止等依頼書

本人 情報	本人 ^{フリガナ} 氏名		代理人 ^{フリガナ} 情報 (代理人による申込の場合、ご記入ください)	代理人 ^{フリガナ} 氏名	
	本人住所	〒		代理人住所	〒
	本人連絡先	TEL :		本人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人
		FAX :			<input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人
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"/> 保有個人データの利用目的の通知を依頼します <input type="checkbox"/> 保有個人データの開示を依頼します <input type="checkbox"/> 保有個人データの訂正、追加を依頼します 現在の内容： 訂正・追加内容： <input type="checkbox"/> 保有個人データの削除、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：				
個人情報の開示 方法について	開示方法については下記の方法から選択し、レを入れてください。 <input type="checkbox"/> CD-ROM 又はウェブサイト上でのダウンロードによる回答 <input type="checkbox"/> 本人 (又は代理人) の住所宛に、本人限定受取郵便にて回答 <input type="checkbox"/> 電磁的記録 (電子メール) での回答				
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要配慮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： 株式会社アイ・シー・アイ・渡辺印刷 個人情報問合せ窓口 住 所： 〒183-0055 東京都府中市府中町 1-12-7 センタービル TEL 042-366-2222 FAX 042-368-7216 E-mail : info@iciwp.co.jp					

【会社記入欄】

本人 (代理人) 確認	受付日： 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"/> 在留者カード又は特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 (代理人の場合のみ)	
実施 及び 承認	対応日： 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、その理由を明確にすること)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： 年 月 日 承認者：
	通知送付確認	通知日： 年 月 日 通知者：