

個人情報の開示請求依頼書

株式会社アイテックジャパン

個人情報苦情相談窓口責任者 根本 宛 TEL 050-5519-6075 (IP)

貴社が保有している私の個人情報について、下記の通り対応を依頼致します。

| | |
|------|-------------------|
| 依頼日 | 年 月 日 |
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 住所 | 〒 都・道・府・県 市・区・町・村 |
| 電話番号 | |

| | |
|------------------------|--|
| 依頼区分 | <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正等(追加又は削除) <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 利用停止または提供停止 |
| 依頼内容 | 【依頼区分に応じて具体的にご記入ください】 |
| ※「訂正等」の場合のみ。 訂正等の内容 | <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> e-mailアドレス <input type="checkbox"/> その他 【訂正内容を具体的にご記入ください】 |
| 処理結果の連絡方法 | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> e-mailアドレス <input type="checkbox"/> その他 【連絡先をご記入ください】 |

** 弊社が保有する「個人情報」に関する開示等の請求等のご依頼は、ご本人様もしくは代理人様からのお申し出により処理をいたします。ご本人様又は代理人様であることの確認方法は以下となります。ご本人様の場合、以下いずれかの写しをご提出ください。

- ・健康保険被保険者証・運転免許書・パスポート・住民基本台帳カード・外国人登録証明書
- ・その他本人確認できる公的書類

代理人様の場合、上記に加えて、「委任状(開示等の請求)」の提出及び以下いずれかの写しをご提出ください。

- ・健康保険被保険者証・戸籍謄本・登記事項証明書・その他法定代理人権の確認ができる公的書類
- ご依頼のあった事項につきまして5営業日以内に処理をし、開示等致します。

** 開示等ができない事由もご本人様もしくは代理人様へ書面をもってお知らせ致します。

** 開示等の請求等のご依頼による手数料の発生はございません。