

個人情報開示等請求書

年 月 日

〒286-0034
千葉県成田市馬橋 1-18
ウエルストン 2F
株式会社 THビジネスサポート
個人情報問合せ窓口責任者 宛

以下の請求区分に関して個人情報の開示等の請求をいたします。

請求区分	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正等 <input type="checkbox"/> 利用停止等
------	--

太枠内は必須記載事項となります。ご記入漏れのないようご注意ください。

本人の特定に係る情報	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 ー
	電話番号	() ー
	メールアドレス	
	本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証の被保険者証 ※コピーは本籍地を塗りつぶしたものをご用意下さい。

代理人等による請求の場合の	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	〒 ー
	電話番号	() ー
	代理人等の区別	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他()
	代理権等確認書類等	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 後見開始審判書又は成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 資格者の種類及び登録番号 <input type="checkbox"/> 職印に係る印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他()
	開示等請求者の本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証の被保険者証 ※コピーは本籍地を塗りつぶしたものをご用意下さい。

(注)本人以外の代理人等が請求する場合のみご記入ください。

「代理人等の区別」で相続人とお書きになった方のみご記入ください。
請求の必要性(できる限り具体的にご記入ください)

請求に対する回答方法	<input type="checkbox"/> 書面の郵送 <input type="checkbox"/> 電子メールによるデータの送信 <input type="checkbox"/> その他()
------------	--

訂正等に係る方法の区分	<input type="checkbox"/> 訂正		
	訂正項目	内容(修正前)	内容(修正後)
	<input type="checkbox"/> 追加		
	追加項目	追加内容・追加理由	
利用停止等に係る方法の区分	<input type="checkbox"/> 削除		
	削除項目・内容		削除理由
	利用停止: <input type="checkbox"/> 目的外利用 <input type="checkbox"/> 不正な手段による取得		
	理由:		
利用停止等に係る方法の区分	消去: <input type="checkbox"/> 目的外利用 <input type="checkbox"/> 不正な手段による取得		
	理由:		
利用停止等に係る方法の区分	<input type="checkbox"/> 第三者提供(提供先又は提供方法並びに停止を求める)		
	理由:		