

平成 年 月 日

ソニカル株式会社
PMS推進事務局 行

個人情報開示等請求書(兼)回答書

私は、貴社が保有する個人情報について、下記の事項を請求いたします。

記

個人情報開示等請求書

| | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|
| 請求者 | ふりがな 氏名 | |
| | ふりがな 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | メールアドレス | |
| 請求内容 (該当項目に■を付けてください) | <input type="checkbox"/> 個人情報の開示 | |
| | <input type="checkbox"/> 個人情報の利用目的の通知 | |
| | <input type="checkbox"/> 個人情報の変更 (<input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除) | |
| | <input type="checkbox"/> 個人情報の利用停止 | |
| | <input type="checkbox"/> 個人情報の第三者提供の停止 | |
| | <input type="checkbox"/> その他個人情報の取扱いに関する問い合わせ又は苦情 | |
| | 具体的なご請求内容をご記入ください。 | |
| 本人確認書類 (同封いただくものに■をつけてください) | <input type="checkbox"/> 運転免許証(写) | <input type="checkbox"/> 健康保険証(写) |
| | <input type="checkbox"/> パスポート(写) | <input type="checkbox"/> 年金手帳(写) |
| | <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写) | |
| | | |

※必要事項をご記入し、本人確認書類を添付の上、弊社掲示等受付窓口にご郵送ください。

開示等受付窓口

| |
|--|
| ソニカル株式会社 PMS推進事務局 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-5-7 本間ビル2F TEL: 03-3486-9214 |
|--|

以上

以下、弊社記入

平成 年 月 日

様

個人情報開示等請求書(兼)回答書

ソニカル株式会社
PMS推進事務局

| | |
|------|--|
| | <p><input type="checkbox"/> 次の理由のため開示等に対応することができません。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがあるため<input type="radio"/> 業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがあるため<input type="radio"/> 法令に違反することになるため<input type="radio"/> その他（ |
| 回答内容 | <p><input type="checkbox"/> 開示等のご請求内容につきましては、以下のとおり回答いたします。</p> |