

開示・停止等請求書

【ご本人様記入欄】

| | | | |
|--|--|----------------|---------------------------------|
| 依頼日 | 平成 年 月 日 | | |
| ご依頼者氏名 | | ご依頼者と 本人の関係 | 本人 （自己の情報） 代理人 （委任状必要） |
| ご住所 | 郵便番号： 電話番号： | | |
| ご依頼内容 ご依頼内容 （該当項目にレ点を、また必要事項をご記入下さい） | <input type="checkbox"/> 利用目的の通知を依頼します <input type="checkbox"/> 開示を依頼します <input type="checkbox"/> 訂正、追加、削除を依頼します 現在（前） _____ 新（後） _____ <input type="checkbox"/> 利用の停止、消去・第三者への提供の停止を依頼します 該当する情報 _____ | | |
| 当社にご提供した手段・経緯 | 具体的にお書き下さい | | |
| ご依頼の理由 | 具体的にお書き下さい | | |
| 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SBC 個人情報問い合わせ窓口担当者 住所 〒168-0072 東京都杉並区高井戸東 3-33-15 電話番号 03-3333-0384 FAX 番号 03-3333-0463 E-mail : sbc-smile@sbc-group.co.jp | | | |

【個人情報の取扱いについて】

お預かりした個人情報は、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、連絡のみに使用いたします。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。なお、必要事項が記入されませんと手続きできない場合がありますので、ご了承ください。

【会社記入欄】 * 電話による請求の場合、上記内容を受付者が記入する。

| | | | |
|----|-------------------|---------------------|--|
| 受付 | 本人 (代理人) 確認 | 受付日：平成 年 月 日 | 受付（記入）者： |
| | | 電話による請求 | <input type="checkbox"/> 電話（コールバック、登録情報照会） <input type="checkbox"/> 写真付き住民基本台帳カード <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 いずれかのコピー |
| | | 郵送、FAX、 メールによる請求 | <input type="checkbox"/> 電話（コールバック、登録情報照会） <input type="checkbox"/> 写真付き住民基本台帳カード <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 いずれかのコピー |

| | | | |
|----|---------|--------------------------------|------------------------------------|
| 実施 | 対応 | 対応日：平成 年 月 日 | 担当者： |
| | 通知内容 | 開示・利用目的の通知、訂正、追加、削除、利用停止、提供の停止 | |
| | 通知内容承認 | 承認日：平成 年 月 日 | 承認者： <small>（個人情報管理責任者）</small> |
| | 提供先への通知 | 通知日：平成 年 月 日 | 提供先への通知者： |
| | 通知送付確認 | 送付日：平成 年 月 日 | 送付担当者： |