

開示・訂正・利用停止等申請書

株式会社 協同プランナー
顧客相談窓口責任者 御中

私の個人情報の取り扱いについて、貴社の「個人情報のお取り扱いについて」に同意して、以下の通り請求します。 申請者 自署 【 】

申請日： 年 月 日

対象となる本人 (登録内容)	氏名	印	電話	
	住所	〒	添付資料	<input type="checkbox"/> 免許証コピー <input type="checkbox"/> 健康保険証コピー <input type="checkbox"/> その他 ()
請求者が代理人の場合はこちらにもご記入下さい。	代理人 氏名	印	電話	
	住所	〒	本人からみた代理人の続柄 ()	<input type="checkbox"/> 免許証コピー <input type="checkbox"/> 健康保険証コピー <input type="checkbox"/> その他 ()

- ご注意 1.ご本人様確認の為、免許証、健康保険証などの公的証明書のコピーをご添付下さい。
2.ご請求者が代理人の場合、代理人とご本人との関係がわかるもの(コピー可)と代理人様の本人確認となる公的証明書のコピーを添付下さい。 ※ 添付がない場合、ご請求内容に対応出来ない場合がございますので予めご了承下さい。
3.申請者自署欄のご記入がなかった場合、または自署でなかった場合はご請求に対応出来ませんので注意下さい。
4.ご回答は原則書面とさせていただきます、お手続きに関する手数料は不要です。
5.この用紙のご郵送料は申請者をご負担下さい。

【請求内容】

	旧(現在の内容)	新(訂正後の内容)		
<input type="checkbox"/> 訂正				
<input type="checkbox"/> 追加	追加を希望するデータ項目			
<input type="checkbox"/> 個人情報の開示	開示を希望するデータ項目を特定するための情報(ご提出して頂いた時期や場面等)			
	希望する回答方法 <input type="checkbox"/> メール送信による回答(メール: @) <input type="checkbox"/> 書面による交付 <input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 第三者提供記録の開示	希望する回答方法 <input type="checkbox"/> メール送信による回答(メール: @) <input type="checkbox"/> 書面による交付 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	【希望する理由】 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 第三者提供への停止 <input type="checkbox"/> 消去			
会社使用欄 ※こちらには記入しないで下さい。	受付日	対応区分	対応日	その他

【郵送先】 〒231-0005 横浜市中区本町 4-43 A-PLACE 馬車道 8 階 株式会社 協同プランナー 宛

【問合せ先】 株式会社協同プランナー 顧客相談窓口 担当: 顧客相談窓口責任者 TEL 045-212-2022