

### 個人情報(開示・訂正・削除等)請求書

株式会社スタートライン

苦情・相談窓口 宛

ご請求日		年 月 日
本人	氏名	Ⓜ
	住所	〒
	電話番号	
	ご本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他( )
※代理人が請求する場合のみご記入下さい。		
代理人	氏名	Ⓜ
	住所	〒
	電話番号	
	代理人確認書類	※代理人が請求される場合には、本人と代理人両者の下記何れかの書類のコピーと委任状が必要です。 <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( )
ご請求の内容	ご請求の種類	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用目的の通知(※1) <input type="checkbox"/> 個人情報の開示(※1) <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正 <input type="checkbox"/> 個人情報の削除 <input type="checkbox"/> 個人情報の利用拒否 <input type="checkbox"/> 個人情報の第三者への提供拒否
	ご請求の内容	(内容)※具体的にご記入下さい
	ご請求の理由	(理由)

(※1)「個人情報の保護に関する法律」第30条に基づき、「個人情報の利用目的の通知」又は「個人情報の開示」の場合は、手数料としてご依頼1件につき1,000円分の郵便切手を同封して下さい。

【弊社記入欄】

受付	受付日	年 月 日
	担当者	
	確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他( )
実施	実施日	年 月 日
	対応者	
	開示等対象/対象外	<input type="checkbox"/> 開示等対象 <input type="checkbox"/> 開示等対象外【個人情報保護規程 4.4.5 保有個人データの開示[A.3.4.4.5]のただし書き a)~c)に該当】



苦情・相談  
窓口



個人情報保護  
管理者

/ /

/ /