

保有個人データ開示等請求書

請求内容	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知（左記二種類については840円の手数料（郵便切手）がかかります） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止			
本人	フリガナ			
	お名前			
	住所	〒 - <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先（名称： <input type="text"/> ） 電話番号（ <input type="text"/> ）		
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 写真付住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書（みなし特別永住者証明書又は在留カード含む） <input type="checkbox"/> その他の公的機関が発行する書類の原本又は写し		
代理人	フリガナ			
	お名前			
	住所	〒 - <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先（名称： <input type="text"/> ） 電話番号（ <input type="text"/> ）		
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 未成年者後見人 <input type="checkbox"/> 成年後見人、任意後見人、保佐人・補助人 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）		
	代理権確認書類	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本又は扶養家族が記入された保険証のコピー（親権者） <input type="checkbox"/> 本人の戸籍謄本（未成年者後見人） <input type="checkbox"/> 後見登記事項証明書（成年・任意後見人、保佐人、補助人）	
		任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 委任状（請求されるご本人の実印の捺印および署名を要する） <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書（請求されるご本人のもので発行後3ヶ月以内のもの）	
代理人確認書類	代理人についての <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 写真付住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書（みなし特別永住者証明書又は在留カード含む） <input type="checkbox"/> その他の公的機関が発行する書類の原本又は写し			
請求にかかる個人情報の内容				
開示対象個人情報 （保有個人データを特定するに足りる事項）	弊社が貴方の「保有個人データ」を保有していると考えられる理由を選択のうえ差し支えない範囲でご記入ください。 <input type="checkbox"/> 弊社からの製品購入 時期（ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日頃）、主な購入品（ <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> 弊社主催のセミナー等へのお申し込み（ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日頃） <input type="checkbox"/> 弊社の担当部門名または担当者名（ <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> その他参考になる事項（ <input type="text"/> ）			
訂正・追加・削除の内容	項目	内容（訂正前・追加前・削除前）	内容（訂正後・追加後）	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
利用停止・消去・提供停止	理由： <input type="text"/>			

- 必要事項はすべて記入してください。
- 本書面により取得した個人情報は、ご請求に関する調査・連絡等に必要な範囲のみに取扱います。
- 本人確認書類及び代理人確認書類、代理権確認書類は手続き終了後速やかに廃棄いたします。

送付先：〒252-08196 神奈川県藤沢市遠藤2023-15 デノラ・ペルメレック株式会社 人事総務グループ(個人情報問い合わせ係) FAX 0466-89-1922	（会社記入欄） 受付日 受付番号	お客様 相談窓口 担当者
--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	--------------------