

保有個人情報開示等請求書

年 月 日

株式会社アクロスソリューションズ 管理部 個人情報保護相談窓口担当 宛

1 請求者（該当する□にはレ印を記入してください）

<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人	住所
	氏名

請求者が代理人の場合は本人の氏名・住所も記載してください。

住所
氏名

2 保有個人情報の開示等の請求等に関する事項

請求の目的 （該当する□にはレ印を記入してください （複数可））	<input type="checkbox"/> 保有個人情報の利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 保有個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 保有個人情報の内容の訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 保有個人情報の利用停止、消去 <input type="checkbox"/> 保有個人情報の第三者提供の停止
請求の対象となる保有個人情報の名称、内容、 その他請求に係る保有個人情報を特定するに 足りる事項	
決定のご連絡の方法	「保有個人情報開示等決定通知書」又は「保有個人情報不開 示等決定通知書」でご連絡いたします。

（会社使用欄）（ご請求者は記載しないでください）

本人の本人確認書類（*）	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）
代理人による場合、代理人の本人 確認書類（*）	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）
代理権の確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状+印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 扶養家族が記入された保険 証 <input type="checkbox"/> 登録事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当者	（内線）
備考	

（*）顔写真なしのものは2点確認