

株式会社 総合コンサルタント 行

以下のとおり、利用目的の通知 開示 訂正 追加 削除 利用 利用・提供の停止
消去 苦情 相談 その他（ ）を請求します。
該当する項目のにチェックしてください。

請求者	<input type="checkbox"/> 本人 代理人 (<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任代理人 ※代理人の場合は「代理人欄」にもご記入ください
開示等の 対象となる ご本人欄	〒 住所： フリガナ 氏名： 電話番号：
代理人欄 (代理人によ る請求の場合 はご記入くだ さい)	〒 住所： フリガナ 氏名： 電話番号： 本人との関係： <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 委任代理人
具体的な 請求内容 請求理由	【対象となる個人情報の項目】 【具体的な内容】 【請求理由】
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 住民票・住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ） 郵送による場合/上記書類に顔写真がない場合 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 外国人登録原票の写し
代理人資格 確認書類 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任代理人 <input type="checkbox"/> その他代理人	法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 (成年後見人・保佐人・補助人) 委任代理人・その他代理人 (親権者以外の法定代理人) の場合 <input type="checkbox"/> 開示等の対象となる本人が署名し実印を捺印した委任状 <input type="checkbox"/> 代理人であることを確認できる書類 (本人確認書類と同じ種類のいずれか) <input type="checkbox"/> 委任状に捺印した印鑑の印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 代理人本人の確認書類
回答書面の 送付先	<input type="checkbox"/> 本人 (<input type="checkbox"/> 上記記載住所 <input type="checkbox"/> 本人確認書類に記載の住所) <input type="checkbox"/> 代理人 (<input type="checkbox"/> 上記記載住所 <input type="checkbox"/> 代理人確認書類に記載の住所)

個人情報の取り扱いについて

「開示等の求め」にともない取得した個人情報は、「開示等の求め」への対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。提出いただいた本書類・本人確認書類は開示等のご請求に対する回答が終了した後、遅滞なく適切な方法で破棄させていただきます。