

## 開示・停止等依頼書

## 【ご依頼者記入欄】

依頼日			
ご依頼者氏名		ご依頼者と 本人の関係	本人 (自己の情報) 代理人 (委任状必要)
ご住所	〒 電話番号：		
ご依頼の内容  (該当項目にレ点をまた必要事項をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知を依頼します <input type="checkbox"/> 開示を依頼します <input type="checkbox"/> 訂正、追加、削除を依頼します 現在 _____ 新 _____ <input type="checkbox"/> 利用停止、消去、第三者への提供を依頼します 該当する情報 _____		
ご依頼の理由			
個人情報の 取扱いについて  (同意欄にレ点を 記入願います)	お預かりした個人情報（免許証等の本籍地等の特定の機微な個人情報につきましては、マジックなどで塗りつぶしていただくなど、消して送付していただきますようお願いいたします。）は、開示、訂正、削除、利用目的の通知、第三者提供の停止等を行うため、及び本人確認、連絡のみに利用いたします。他へ提供することはありません。お預かりした個人情報は安全に取扱い、終了後適切に廃棄させていただきます。		
<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません（この場合、ご依頼の開示・停止等のサービスをお受けできません）			
尚、上記内容等について、お問合せがございましたら、下記までご連絡を頂きます様、お願い致します  会社名： 株式会社 日東システムテクノロジーズ 個人情報お問合わせ窓口担当者 住 所： 〒373-0019 群馬県太田市吉沢町1405-7 電話番号： 0276-37-8285 F A X 番号： 0276-37-8292			

## 【会社記入欄】

\* 電話による請求の場合、上記内容を受付者が記入する。

受付	本人 (代理人) 確認	受付日：	受付（記入）者：
		電話による請求	<input type="checkbox"/> 電話（コールバック、又は登録情報照会） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート いずれかのコピー
		郵送 FAX メール による請求	<input type="checkbox"/> 電話（コールバック、又は登録情報照会） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート いずれかのコピー

実施	対応	対応日：	担当者：
	通知内容	個人情報開示・利用目的通知書、個人情報訂正等通知書、個人情報利用停止等通知書を添付すること	
	通知内容 承認	承認日：	承認者：
提供先への通知	通知日：	提供先への通知者：	
通知送付確認	送付日：	送付担当者：	