

## 開示対象個人情報開示等請求書

氏名	(カナ)	ご捺印	
住所			
		お電話番号	

開示等を請求する開示対象個人情報 (具体的に特定してください。)	
-------------------------------------	--

ご希望の請求内容にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 開示	
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	
開示または利用目的の通知をご希望の場合は、a又はbに○印を付してください。 aを選択した場合は実施の方法及び希望日を記載してください。	a 事務所における開示、利用目的の通知の方法を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他( ) <実施の希望日> 平成 年 月 日 b 写しの送付を希望する。
<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"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	
具体的内容	

本人確認等の下記項目についてチェックしてください。

請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他の代理人(委任状が必要です)
請求者本人確認書類(写し) ※本籍地の情報は都道府県以外を、個人番号は全桁を黒く塗りつぶしてください	<input type="checkbox"/> なし (後日ご連絡差し上げた際、登録済み情報について口頭で確認) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他( )
本人の状況等 ※法定代理人が請求する場合にのみ記載してください	(ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者( 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 (イ) 本人の氏名 (ウ) 本人の住所又は居所
請求資格確認書類 ※本籍地の情報は都道府県以外を、個人番号は全桁を黒く塗りつぶしてください	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他( )

開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。また、開示等の求めに際しご提出いただいた請求書は返却いたしかねます。

開示等受付窓口 :	株式会社シエル 個人情報問合せ窓口 〒02-0072 東京都千代田区飯田橋1-4-8 アイルズBMビル601 TEL:03-6634-2880 E-Mail: privacy@ciel.bz (受付時間 10:00~17:00※) ※土・日曜日、祝日、年末年始、ゴールデンウィーク期間は翌営業日以降の対応とさせていただきます。
-----------	---