

共同印刷マーケティングソリューションズ株式会社 管理部

お客さま相談窓口責任者 宛

(送付先：〒112-0002 東京都文京区小石川 4-14-12)

個人情報開示等依頼書

※太枠内に必要事項を記入し、本人（代理人）確認書類とともに、上記送付先に郵送してください。

(利用目的の通知及び開示請求の場合は通知手数料として 500 円を申し受けます。本依頼書ご送付の際 500 円分の切手を同封願います。書面以外の方法で回答する場合は手数料は頂きません。その場合は以下に希望回答方法をご記入ください。)

依頼者	☐ 本人 ☐ 代理人 (☐ 法定代理人 ☐ 委任代理人 ☐ その他 ()		
依頼区分	☐ 利用目的の通知 ☐ 開示 ☐ 訂正 ☐ 追加 ☐ 削除 ☐ 利用停止 ☐ 消去 ☐ 第三者提供の停止 ☐ その他 ()		
開示等の 求めを行う 本人	氏 名	印	
	住 所	〒	
	連 絡 先	電話番号 — —	
	本人確認	☐ 免許証 ☐ 健康保険証 ☐ パスポート ☐ 住民基本台帳カード ☐ 外国人登録証明書 ☐ その他 ()	
代理人による 依頼の場合	代理人の氏名	印	
	代理人の住所	〒	
	代理人の連絡先	電話番号 — —	
	代 理 人 確 認	☐ 免許証 ☐ 健康保険証 ☐ パスポート ☐ 住民基本台帳カード ☐ 外国人登録証明書 ☐ その他 ()	
	本人との関係 ／証明書	1. 本人から委任された者 ☐ 委任状+印鑑登録証明書	2. 法定代理人（親権者など） ☐ 戸籍謄本 ☐ 戸籍抄本
依頼区分が開示の場合の希望	①開示対象： ☐ 個人情報 ☐ 第三者提供記録 ②開示方法： ☐ 書面 ☐ メール（メールアドレス： ） ☐ その他（以下に具体的手段を記述してください） ③電子記録の開示： ☐ 希望する ☐ 希望しない		
依頼内容	対象となる個人情報の項目：		
	具体的な依頼内容：		
	依頼理由：		

注：提出していただく本人（代理人）確認書類に本籍地等の特定の機微な情報が含まれる場合は、黒く塗り潰してから送付してください。

※裏面の【本書類提出の同意確認】にて同意チェックの上、提出してください

【本書類提出の同意確認】

- ・ ご記入いただいた個人情報は、本件に係るご連絡、開示等の請求等に対する対応、ご請求者様への対応結果通知のために利用いたします。
- ・ 法令等による場合を除き、ご請求者様の同意なく第三者提供はいたしません。
- ・ 個人情報の取扱いに関するその他の事項については弊社 Web サイトをご確認ください。

□上記確認事項に同意の上、提出します。（左記チェックがない場合には請求に応じられません）