

共同印刷メディアプロダクト株式会社 総務部

お客さま相談窓口責任者 宛

(送付先：〒306-0313 茨城県猿島郡五霞町元栗橋 7514)

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 (<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任代理人 <input type="checkbox"/> その他())	
依頼区分	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他())
	本人との関係 /証明書	1. 本人から委任された者 <input type="checkbox"/> 委任状+印鑑登録証明書
希望回答方法	※記載がない場合は書面により回答します	
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。