

保有個人データ開示等請求書

株式会社イー・スピリット

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 1-7-7

住友不動産青山通ビル 13 階

電話番号 03-5464-3737

年 月 日

ご住所：〒 ー

請求者

ふりがな

ご氏名： 印

電話番号：( ) ー  
(日中ご連絡の取れる番号をお願い致します)

※ 本人との関係： ☐ 本人 ☐ 代理人

「個人情報保護に関する法律」に基づき、次の通り請求いたします。

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 請求事項                                       | <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 内容の訂正 <input type="checkbox"/> 追加又は削除<br><input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止<br><input type="checkbox"/> 第三者提供記録の開示                                                                                                                                                                    |
| 開示等を請求する<br>保有個人データの<br>項目、内容又は第<br>三者提供記録 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 請求者ご本人で<br>あることの確認<br>資料                   | ご郵送による請求で1～6による場合には、何れか2つの資料のコピーをお送りください。ご選択された資料には“✓”印をつけて下さい。ご来社の上請求される場合は、何れかひとつご持参ください。また、何れの場合も請求者ご住所は、確認資料のご住所と同一であることをご確認ください。<br><br><input type="checkbox"/> 1. 運転免許証 <input type="checkbox"/> 2. パスポート(旅券) <input type="checkbox"/> 3. 健康保険の被保険者証<br><input type="checkbox"/> 4. 年金手帳 <input type="checkbox"/> 5. マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 6. 外国人登録証明書<br><input type="checkbox"/> 7. 印鑑証明書(この場合、請求者印は実印をお願いいたします。) |
| 回答方法                                       | <input type="checkbox"/> 郵送(請求書の住所に同じ)<br><input type="checkbox"/> ご来社(ご来社の際には、改めて上記資料の原本を確認させていただきます)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

弊社におけるご請求事項の円滑な調査のため、次の点についてご開示いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

|               |                                                                                                                                                              |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご本人と弊社の<br>関係 | <input type="checkbox"/> 出演者(候補者含む) <input type="checkbox"/> お取引先(口座番号 )<br><input type="checkbox"/> 弊社関係者 <input type="checkbox"/> その他( ) 該当全てに✓をお願いしま<br>す |
| ご請求の理由        |                                                                                                                                                              |

請求者が代理人になる場合には、以下の事項もご記入、ご選択(✓)下さい。

|                 |                                                                                                               |                                               |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ご本人             | ご氏名：<br>ご住所：〒 ー                                                                                               |                                               |
| 代理人とご本人と<br>の関係 | <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人<br><input type="checkbox"/> その他代理人                | 請求者が弁護士の場合、登録番号をご<br>記入下さい。<br><br>登録番号：_____ |
| 上記関係を示す<br>書類   | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見人登記事項証明書<br><input type="checkbox"/> ご本人の委任状・印鑑証明書 |                                               |

本請求書及び確認資料の個人情報は、ご請求に関わる弊社の調査、ご連絡、ご回答のために利用いたします。