

保有個人データの利用停止・消去・第三者への提供の停止請求書

ご請求日 年 月 日

ご請求者氏名 _____ 印

貴社保有の保有個人データについて、貴社の定める手続きに従い、次のとおり、利用停止・消去・第三者への提供の停止を求めます。

| | | |
|--|---|------|
| ご本人氏名（ふりがな） | 生年月日 | 性別 |
| | 年 月 日 | 男 女 |
| 現住所 〒 | | 電話番号 |
| 個人情報をご提供いただいた経緯 | （応募イベント名、購入商品名等、個人情報ご提供いただいた経緯を簡単にご記入ください。） | |
| ご本人確認書類（以下の書類2つ以上のチェックの上、コピー（裏表）を同封してください。※有効期限内のもの） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（※裏面のマイナンバーがわからないようにコピーしてください。） <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 住民票（発効日より3か月以内のもの） <input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険証 <input type="checkbox"/> 各種年金手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 | | |

| | | |
|---|-------|------|
| 開示請求者情報（※ ご本人以外の方がご請求する場合のみご記入下さい。） | | |
| ご請求者氏名（ふりがな） | 生年月日 | 性別 |
| | 年 月 日 | 男 女 |
| 現住所 〒 | | 電話番号 |
| ご本人とのご関係 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他代理人 ご本人との関係を証明する書類（コピーを同封してください。） <input type="checkbox"/> 代理人であることがわかる戸籍謄本（※発行日より3か月以内のもの） <input type="checkbox"/> 代理人であることがわかる成年後見登記事項証明書（※発行日より3か月以内のもの） | | |
| ご請求者確認書類（以下の書類2つ以上のチェックの上、コピー（裏表）を同封してください。※有効期限内のもの） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（※裏面のマイナンバーがわからないようにコピーしてください。） <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 住民票（発効日より3か月以内のもの） <input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険証 <input type="checkbox"/> 各種年金手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 | | |

| | | |
|--|------|------|
| ご希望の回答方法 | | |
| <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> Eメール送信 | | |
| 回答送付先の情報（郵送での回答をご希望される場合は郵送先住所、Eメールでの回答をご希望される場合はメールアドレスをご記入ください。） | | |
| | 停止項目 | 停止内容 |
| <input type="checkbox"/> 利用停止 | | |
| | 消去項目 | 消去内容 |
| <input type="checkbox"/> 消去 | | |
| | 停止項目 | 停止内容 |
| <input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止 | | |

※郵送での回答をご希望される場合は、返送用の94円切手をご同封ください。

| | |
|-------|-----------|
| 受付年月日 | 個人情報管理責任者 |
|-------|-----------|