

# 個人情報開示等請求書

ご請求日： 年 月 日

◆の欄にご記入の上、当社までご郵送ください。

恐れ入りますが、郵送での回答をご希望の方は、お手数料 600 円分の切手を同封してください。

※ 本請求書により取得した個人情報は、ご請求手続きのために利用します。

◆開示等対象者の登録情報	ご氏名	
	ご住所	〒
	電話番号	
◆ご請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 個人情報の開示 <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"/> 第三者への提供の停止	
◆ご請求の詳細内容	※ 訂正・追加・削除、利用停止・消去・第三者提供停止の内容をご記入ください。	
◆個人情報特定のための情報	※ ご請求にお応えするにあたり、弊社では対象となる個人データを特定する必要がありますので、弊社に個人情報をご提出いただいた経緯等、特定の参考となる情報をご記入ください。 [ ]	
◆ご本人証明	※ ご本人であることを確認させていただくために、当社に登録なされた情報をご記入ください。 【例】会社名、eメールアドレス等	
◆開示の方法	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送	
◆請求者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任状のある代理人( ) ※ ご本人でない場合は、委任状が必要です。	
当社窓口 (ご送付先)	株式会社マトリックス・オーガナイズーション PMS 事務局 TEL:03-5770-8500 FAX:03-5770-8507 個人情報保護管理者 107-0052 東京都港区赤坂 7-1-1 青山安田ビル 5 階	

## <当社記入欄>

受理	<input type="checkbox"/> ご本人記載 <input type="checkbox"/> 代理記載	担当者	受理日
調査結果	部門	氏名	調査日
	※開示対象個人情報に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない		
対応処置			部署責任者
	処置日	※該当データのコピー、処置済記録を添付	
対応実施結果			CPO
	回答日	※回答文書とセットで保管する	