

自己情報要求書

| | |
|-------------------|-------------------|
| 個人情報保護 管理者 受領印 | 個人情報保護 管理者 承認印 |
| | |

(20201201)

| 申請者記入欄 | | 申請者印 | |
|---|--|---|------|
| 申請日 | 年 月 日 | | |
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用又は提供の拒否 | | |
| 申請者区分 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 | 本人名 | 代理人名 |
| 本人電話番号 | | 代理人電話番号 | |
| 本人住所 | 〒 <small>※回答に必要な場合にのみ記入</small> | | |
| 代理人住所 | 〒 <small>※回答に必要な場合にのみ記入</small> | | |
| 本人確認に 必要な資料 ※代理人申請 の場合、本人 と代理人の本人確認 資料及び委任 状が必要 | 正社員の場合 | 社員証明書 (社員番号:) | |
| | 正社員以外の場合 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 印鑑証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 | |
| | ※右記資料のうち 2種類以上必須 | <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 代理人申請の場合 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 印鑑証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 | |
| ※右記資料のうち 2種類以上必須 | <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 要求する個人情報の内容 (知りたいと思う情報の具体的な内容) | | | |
| 要求の趣旨及び理由 | | | |
| 希望の回答方法 | | | |

| 個人情報相談窓口責任者記入欄 | | 個人情報保護 管理者 承認印 | 個人情報相談窓口 責任者 承認印 | 個人情報保護部門 責任者 承認印 |
|-----------------|--|--|---------------------|---------------------|
| 要求受領日 | 年 月 日 | | | |
| 本人確認の可否 | <input type="checkbox"/> 確認可 <input type="checkbox"/> 確認不可 | | | |
| 判定 | 対応 | <input type="checkbox"/> 対応 (下記に回答内容を記載) <input type="checkbox"/> 非対応 (下記に理由を記載) | | |
| | 回答内容 又は 非対応理由 | | | |
| 対象個人情報取扱部署名 | | | | |
| 要求対象個人情報名 | | | | |
| 回答時記入欄 | | | | 個人情報相談窓口 責任者 作業印 |
| 本人への回答日付 | 年 月 日 | | | |
| 個人情報保護管理者への報告日付 | 年 月 日 | | | |