

開示対象個人情報利用目的通知請求書

平成 年 月 日

株式会社 カケハシ スカイソリューションズ

個人情報保護管理責任者 殿

〒

住 所

(ふ り が な)

氏 名

印

電話番号

私は、下記により貴社の開示対象個人情報の利用目的の通知を請求します。

※開示対象個人情報とは、当社が保有する個人情報のうち、特定の個人情報を容易に検索できるように体系的に構成した情報の集合物を構成する個人情報であって、当社が開示、内容の訂正、内容の追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止の求めのすべてに応じる権限を有するものをいいます。

記

- 利用目的通知を請求する開示対象個人情報（具体的に特定してください。）
- 求める利用目的通知の実施方法（本欄の記載は任意です。）
 - a 又は b に○印を付してください。a を選択した場合は実施の方法及び希望日を記載してください。
 - a 事務所における利用目的通知の方法を希望する。
＜実施の方法＞ 閲覧 写しの交付 その他（
＜実施の希望日＞ 平成 年 月 日
 - b 写しの送付を希望する。
- 本人確認等
 - 利用目的通知請求者 本人 法定代理人 委任状による代理人
 - ＜利用目的通知請求者が本人の場合若しくは代理人の場合＞
 - 以下の何れかの請求者本人確認書類（写し）を添付してください。
運転免許証 パスポート 健康保険の被保険者証
その他（

代理人の場合は以下の書類の何れかも併せて添付してください

- ＜利用目的通知請求者が未成年者の法定代理人の場合＞
- 以下の何れかの法定代理人であることを証する書類を添付してください。
戸籍簿謄本 住民票（続柄が記載されたもの） その他法定代理権の確認できる公的書類
- ＜利用目的通知請求者が成年被後見人の法定代理人の場合＞
- 以下の何れかの法定代理人であることを証する書類を添付してください。
後見登記等に関する登記事項証明書 その他法定代理権の確認できる公的書類
- ＜委任状による代理人の場合＞
本人の委任状（原本）

※開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。また、開示等の求めに際しご提出いただいた請求書は返却いたしかねます。

開示等受付窓口： 〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸 1-1 セントラルプラザ 7F
株式会社 カケハシ スカイソリューションズ 個人情報管理担当
TEL：03-3513-7011 FAX：03-3513-7047