

個人情報開示等請求書

次の個人情報の利用目的等にご同意の上で、ご請求ください。

事業者:株式会社宏和／個人情報保護管理者:個人情報苦情相談窓口、吉末宗一郎、〒577-0012 大阪府東
大阪市長田東 1-7-22／利用目的:個人情報の開示等の請求にご回答するため／第三者提供・委託:なし／開
示の区分:開示対象／請求窓口:個人情報苦情相談窓口(上記に同じ)／任意性:必須項目に記入のない場合
に、ご回答できない場合あり／取得方法:本請求書により取得

請求区分	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正等(訂正、追加、項目削除) <input type="checkbox"/> 利用停止等(利用停止、提供停止)		
ご関係	<input type="checkbox"/> 〇〇サービス利用 <input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> メルマガ購読 <input type="checkbox"/> お取引先 <input type="checkbox"/> (元)従業者等 <input type="checkbox"/> その他		
本人確認	ご本人様	代理人様* (代理人様によるご請求時のみ必要)	
ご住所	(〒)	(〒)	
ご氏名			
ふりがな			
確認方法	<input type="checkbox"/> 公的証明書の写しの同封 ⇒ <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 名刺 2 枚の同封 <input type="checkbox"/> 弊社からのお電話による確認 (電話番号:)	<input type="checkbox"/> 公的証明書の写しの同封 ⇒ <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 名刺 2 枚の同封 <input type="checkbox"/> 弊社からのお電話による確認 (電話番号:)	
訂正等の場合*	訂正前の個人情報*	訂正後の個人情報*	
訂正希望項目	ご住所*	(〒)	(〒)
	ご氏名*		
	ふりがな*		
	電話番号*		
	メールアドレス*		
その他*			

:チェック(レ)を入れてください / *:必要に応じてご記入ください (記号なし):必須記入項目です