

申込日：西暦 年 月 日

個人情報開示請求書

〒100-6215

東京都千代田区丸の内一丁目11番1号 パシフィックセンチュリープレイス丸の内
株式会社トウコネクト
個人情報担当窓口 行

(ふりがな)

氏名

住所または居所

〒 TEL ()

連絡先(上記以外の連絡先がある場合に記載してください。)

〒 TEL ()

■次ページの【注意事項】をご確認・ご同意いただいたうえで、ご請求ください。

記

1. 開示を請求する個人情報等

(開示請求する個人情報)具体的に特定してください。

(開示請求理由)

2. 求める開示の方法

ご希望の開示方法に✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 書面の郵送	<input type="checkbox"/> メールにて PDF ファイルの送信 (送信先メールアドレス: _____@_____)
--------------------------------	--

3. 手数料

手数料 (1 件 1,000 円)	手数料分の定額小為替を本請求書と一緒ににお送りください。 (指定受取人名、受取人住所、委任欄には何も書かないようお願いいたします。)	合計金額 円

4. 本人確認等

ア 請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
イ 請求者本人確認書類 複写機により複写したものを提出してください。なお、個人番号カードを提出する場合は、表面のみ複写してください。また健康保険被保険者証を提出する場合は、保険者番号及び被保険者等記号・番号を黒塗りにしてください。
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他(_____)
ウ 本人の状況等(法廷代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。) (ア)本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者(年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 (ふりがな) (イ)本人の氏名 (ウ)本人の住所又は居所
エ 法定代理人が請求する場合、上記イの他、次のいずれかの書類を提出してください。 法定代理権の存在を確認できる書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他(_____)
オ 任意代理人が請求する場合、上記イのほか、次の書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状

当社整理欄

受付	確認者
<input type="checkbox"/> 書面	
<input type="checkbox"/> PDF	

【注意事項】

1. 書類等に不備がある場合は、申請を受理できない場合があります。
2. 開示の実施までに時間がかかる場合があります。また、情報の特定が困難な場合、当社より連絡させていただく場合がありますので、あらかじめご了承下さい。
3. 代理人によるご請求の場合、代理権の確認の為、本人に連絡させていただく場合があります。
4. 当社は、開示にあたり、ご本人と識別される個人情報を開示いたします。(ご本人と識別される個人情報が存在しないときはその旨をご回答いたします。)ただし、開示の対象外であると判断した場合、不開示の理由を通知いたします。また、対象となる個人情報を保有していない場合開示の対象外になります。開示手数料は、開示ができなかった場合も、当社の開示調査のための事務手数料および不開示の理由の通知手続きのため使用いたしますので、所定の手数料等はお返しできません。あらかじめご了承ください。
5. この開示手続きでご提供された個人情報は、本人確認、個人情報との照合、本人(または代理人)との連絡等の開示手続きに必要な範囲で利用いたします。提出いただいた書類は、開示の請求に対する回答が終了した後、3ヶ月間保存し、その後適切な方法で廃棄いたします。なお、提出された書類は返却いたしませんので、あらかじめご了承下さい。