

自己情報コントロール要求書			
(請求者記入欄)			
フリガナ			
ご本人の氏名	印		
ご住所	〒 TEL() -		
ご請求年月日	平成 年 月 日		
ご請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止・消去 <input type="checkbox"/> 提供の拒否		
当社記入欄			
管理番号			
受付欄	受付日付	平成 年 月 日	受付担当印
	担当部署名	部 課	
	担当者名		
	本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()	
	受付状況	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人() <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他()	
回答欄	回答日付	平成 年 月 日	回答担当印
	担当部署名	部 課	
	担当者名		
	回答内容	回答内容(却下の場合は理由) _____ <input type="checkbox"/> 別紙あり <input type="checkbox"/> 別紙なし	個人情報保護 管理者印

(注1) 当書類は、受付後5年間保存致します。

(注2) 受付後のお問合せの際は、上記管理番号をご連絡下さい。