

# 開示対象個人情報の開示等に関する請求書

秋田中央印刷株式会社 殿

平成 年 月 日

氏名 (ふりがな)

〒  
住所又は居所 TEL ( )

- 個人情報の保護に関する法律第25条に基づき、下記のとおり開示対象個人情報の開示等を請求します。  
 個人情報の保護に関する法律第26条に基づき、下記のとおり開示対象個人情報の訂正等を請求します。  
 個人情報の保護に関する法律第27条に基づき、下記のとおり開示対象個人情報の利用停止等を請求します。

—記—

## I. 開示／利用目的の通知

1 開示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。）

--

2 求める開示の実施方法等

開示方法は原則写しの郵送となりますが、その他の方法をご希望（事業所における閲覧他）は下記にご記入ください。

--

3 手数料

開示請求手数料 (1件1,000円)	<input type="checkbox"/> 現金（窓口のみ） <input type="checkbox"/> 銀行・郵便振込（郵送のみ）※振込票のコピーを同封してください。	(受付印)
-----------------------	---	-------

## II. 訂正等

訂正請求に係る開示対象個人情報の開示を受けた日	平成 年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた開示対象個人情報	開示決定通知書の文書番号： 日付： 年 月 日 開示決定に基づき開示を受けた開示対象個人情報の名称等
訂正請求の理由	(理由)：

## III. 利用停止等

利用停止請求に係る開示対象個人情報の開示を受けた日	平成 年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた開示対象個人情報	開示決定通知書の文書番号： 日付： 年 月 日 開示決定に基づき開示を受けた開示対象個人情報の名称等
請求に係る理由	<input type="checkbox"/> 利用の停止、 <input type="checkbox"/> 消去、提供の停止 (理由)：

## IV. 本人確認等

開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ 請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写しを添付してください。
本人の状況等（法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。） ・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 ・本人の氏名 (ふりがな) ・本人の住所又は居所
法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※本人確認書類の本籍の部分は、消して提出してください。