

保有個人データ開示等請求書

* 保有個人データとは、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、当社が本人から求められる開示、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。

請 求 者 氏 名	(カナ)		
請 求 者 住 所			
		お電話番号	

本人確認等の下記項目についてチェックしてください。

請 求 者	☐ 本人 ☐ 法定代理人 ☐ その他の代理人(委任状が必要です)
請求者本人確認書類(写し) ※本人確認書類に本籍地情報・個人番号が含まれる場合は、本籍地情報・個人番号の全てを黒く塗りつぶしてください ※健康保険被保険者証の写しを提出する場合は、被保険者等記号・番号等を全て黒く塗りつぶしてください	☐ なし(後日ご連絡差し上げた際、登録済み情報について口頭で確認) ☐ 運転免許証の写し ☐ パスポートの写し ☐ 住民票の写し(個人番号が含まれないもの) ☐ 健康保険の被保険者証の写し(被保険者等記号・番号等を全て墨塗りしたもの) ☐ 在留カードの写し ☐ その他()
本人の状況等 ※本人以外の代理人が請求する場合は記載してください	(ア) 本人の状況 ☐ 未成年者(年 月 日生) ☐ 成年被後見人 ☐ 本人から委任された。(委任状が必要です) (イ) 本人の氏名 (ウ) 本人の住所又は居所
請求資格確認書類 ※書類に本籍地情報・個人番号が含まれる場合は、本籍地情報・個人番号の全てを黒く塗りつぶしてください ※健康保険費法権掌の写しを提出する場合は、被保険者等記号・番号等を全て黒く塗りつぶしてください	請求者が未成年者の法定代理人(親権者)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。 ☐ 戸籍簿謄本の写し ☐ 住民票(続柄の記載されたもの) ☐ その他法定代理権の確認できる公的書類の写し 請求者が成年被後見人の法定代理人(未成年後見人)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。 ☐ 登記事項証明書 請求者が成年被後見人の法定代理人(成年後見者)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の写し ☐ その他法定代理権の確認できる公的書類の写し 請求者が委任状による代理人の場合、以下の書類を添付(必須) ☐ 本人の委任状(原本)

回答方法のご希望	☐ 弊社より書面を郵送(本人宛) ☐ 弊社より書面を郵送(代理人宛) ☐ 電磁的な手段等のその他方法()
----------	--

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。

下記窓口まで、本書と次頁記載の添付書類を提出してください。	
開示等受付窓口：	〒340-0822 埼玉県八潮市大瀬5-6-1 株式会社コプロロジスティクス 個人情報開示等請求受付係

(次頁の必要事項も必ず記載してください)

開示等を請求する保有個人データ 又は開示をお求めになる第三者提 供記録に関して(具体的に特定してく ださい。)	
--	--

ご希望の請求内容にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

☐ 開示	
☐ 第三者提供記録の開示	
☐ 利用目的の通知	
開示または利用目的の通知をご希望の 場合は、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。 尚、選択が無い場合は、原則として、「b) 写しの送付」扱いとさせていただきます。	a 下記、開示等受付窓口における開示、利用目的の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() <実施の希望日時> 年 月 日 午前・午後 時頃 b 写しの送付を希望する。 c 前項「回答方法のご希望」の方法
☐ 訂正	
具体的内容	【訂正内容】 訂正前： 訂正後： 【理由】(いずれかに ○) 1. データが事実でない 2. その他(具体的に)
☐ 追加	
具体的内容	【追加内容】
☐ 削除	
☐ 利用停止	
☐ 消去	
☐ 第三者提供の停止	

【弊社使用欄】

	氏名	日付
受付担当者		
窓口責任者		
承認者		