

開示対象個人情報開示請求書

令和 年 月 日

(ふりがな)

氏名

住所又は居所

〒

Tel

個人情報の保護に関する法律に基づき、次のとおり開示対象個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する開示対象個人情報(具体的に記載してください。)

2 求める開示の実施方法等(本欄の記載は任意です。)

ア又はイに○印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

ア 事務所における開示の実施を希望する。

<実施の方法> 閲覧 写しの交付 その他()

<実施の希望日> 令和 年 月 日

イ 写しの送付を希望する。

3 手数料

手数料

円

(請求受付印)

4 本人確認等

ア 通知請求者 本人 法定代理人

イ 請求者本人確認書類(請求者本人の氏名及び現住所の記載のあるもの)

運転免許証 健康保険被保険者証

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)

在留カード、特別永住者証明書

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(開示請求日以前30日以内に市区町村から交付されたもの)を添付してください。

ウ 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。)

(ア) 本人の状況 未成年者(年 月 日生) 成年被後見人
(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、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

戸籍謄本(未成年者の場合) 登記事項証明書(成年被後見人の場合)

その他()

開示対象個人情報訂正等請求書

令和 年 月 日

(ふりがな)

氏名

住所又は居所

〒

Tel

個人情報の保護に関する法律に基づき、下記のとおり開示対象個人情報の訂正、追加又は削除(以下、「訂正等」)を請求します。

記

1 訂正等請求に係る開示対象個人情報の開示を受けた日
令和 年 月 日

2 開示決定に基づき開示を受けた開示対象個人情報
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等

3 訂正等請求の趣旨及び理由
(趣旨)
(理由)

4 本人確認等

ア 訂正等請求者 本人 法定代理人

イ 請求者本人確認書類(請求者本人の氏名及び現住所の記載のあるもの)

運転免許証 健康保険被保険者証

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)

在留カード、特別永住者証明書

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(開示請求日以前30日以内に

市区町村から交付されたもの)を添付してください。

ウ 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。)

(ア) 本人の状況 未成年者(年 月 日生) 成年被後見人
(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、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

戸籍謄本(未成年者の場合) 登記事項証明書(成年被後見人の場合)

その他()

個人情報等の利用目的通知書

福岡社会保険労務士法人(以下「当社」)では、お預かりした個人情報等について、以下のとおり適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

(1)利用目的

当社は、収集した個人情報等について、以下の目的のために利用いたします。

1. 商品・サービスの提供
2. 経営・財務・経理・税務・総務に関するコンサルティング
3. お客様との商談・打合せの実施、および連絡など
4. 電子メール、ダイレクトメールなどによる情報提供・当社が取扱う商品・サービスに関する提案、その他の情報提供
5. 当社が取扱う商品・サービスのサポート、メンテナンスに関する提案、その他の情報提供
6. アンケート、モニターに関する情報提供
7. 当社のサービス利用時における本人確認のため
8. 当社の商品・サービスの料金請求のため
9. お客様へのお問い合わせ対応のため
10. お客様との商談・打合せの実施、および連絡
11. お取引ご担当者様への情報提供、および連絡
12. お取引先様との連絡、協力、交渉、契約の履行、履行請求等
13. お取引先様から個人情報の処理の全部または一部について委託された場合等において、委託された当該業務の適切かつ円滑な遂行のため

貴殿の個人情報等のうち、当社の保有個人データについては、ご本人には、法律に基づき開示・訂正・削除・利用停止を請求する権利があります。
手続きにあたっては、ご本人確認のうえ対応させていただきますが、代理人の場合も可能です。
詳細については、以下「個人情報相談窓口」へご連絡ください。

個人情報相談窓口

〒812-0013 福岡県福岡市博多区博多駅東2-6-26安川産業ビル3階
福岡社会保険労務士法人 個人情報受付窓口
TEL: 092-292-1906

以上

私は上記の個人情報等の取り扱い事項に同意いたします。

令和 年 月 日

本人署名

印