

個人情報の開示等請求書

請求日		年 月 日	
請求者名		(ふりがな)	Ⓜ
		氏 名	
請求者住所		〒 — —	
請求者電話番号		— — ※日中に連絡が取れる番号	
本人確認書類※1		<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )	
記載内容の確認方法※2		<input type="checkbox"/> e-Mail ( @ ) <input type="checkbox"/> 電話 ( — — ) <input type="checkbox"/> 郵送	
代理請求する場合		(ふりがな)	Ⓜ
		氏 名	
		<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※代理人が請求する場合は、委任状も併せて送付下さい。	
開示等請求に係る自己の個人情報に関する事項  ※具体的にお願いいたします	提供した個人情報の内容・種類		
	提供対象企画・サービスなど	例)参加したセミナー名・ご案内した当社の部署/担当者など	
	提供時期	年 月 日頃	
	その他		
ご請求内容		<input type="checkbox"/> 個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の開示 <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正 <input type="checkbox"/> 個人情報の削除 <input type="checkbox"/> 個人情報の追加 <input type="checkbox"/> 利用停止	
訂正、追加又は削除		項目	訂正、追加又は削除する個人情報
利用停止の理由 ※差支えなければ、ご記入下さい		<input type="checkbox"/> 同意した目的外利用のため <input type="checkbox"/> 不正な手段による収集のため <input type="checkbox"/> 同意無く、第三者に提供されたため <input type="checkbox"/> その他 ( )	
備考			

※1 請求書、本人確認書に不備・不足がある場合には、再送をお願いする事があります。

※2 開示等をご請求された「個人情報」の特定のために、また手続きに関し当社から質問・ご連絡させて頂く場合がございます。その際にご連絡させて頂く連絡方法をご記入下さい。希望する連絡方法をチェックし選択された必要事項の記入をお願いします。

## 個人情報の開示等請求に伴う委任状

(住 所) 〒

(電話番号)           —           —

(受 任 者) ㊞

---

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

**委任者に係るアーク株式会社が保有している開示対象の個人情報の開示等の請求、及び当該個人情報の開示等請求に対する回答書の受領**

\_\_\_\_\_年 月 日

(住 所) 〒

(電話番号)           —           —

(委 任 者) (実印)

---

### <添付書類>

- ご本人様の捺印された委任状・委任状の作成に用いられた、印鑑登録証明書
- 代理人（受任者）の運転免許証の写し・健康保険被保険者証の写し など
- 訂正等の請求を行う場合は、正しい情報を確認することができる疎明資料

- ・ご記入いただいた個人情報は「お客様相談窓口責任者」が責任を持って管理いたします。  
連絡先は「お客様相談窓口」にお願いします。
- ・ご記入いただいた個人情報はお問合せの回答・連絡以外には使用いたしません。
- ・ご記入いただいた個人情報を第三者への提供や委託する事はございません。
- ・この開示等請求書により確認させていただきました個人情報について、ご要望によりお客様の個人情報を開示いたします。但し、必要とされるお客様の情報をご提供いただけない場合には、開示等請求に応じかねる場合がございます。
- ・代理人様が親権者などの法定代理人の場合は、委任状に代えて、ご本人様との関係がわかる戸籍謄本/抄本または、法定代理人であることを証明する書類をご提出いただくことも可能です

郵送先

〒279-0043

千葉県浦安市富士見4-9-29

アーク株式会社 お客様相談窓口 宛

・以上同意いただきご送付いただきますようお願いいたします。