

年 月 日

以下に必要事項をご記入いただき、所定の書類を添付の上、弊社【個人情報お問合せ窓口】へ一般書留にてご郵送ください(郵送料は請求者の負担となります)。なお、調査の結果により、貴殿の個人情報の訂正等を行わないことがあります。あらかじめご了承ください。訂正等を行った場合、行わなかった場合いずれの場合もその旨通知いたします。太線内は必須記載事項となりますので、ご記入もれのないようご注意ください。

**この書面にて収集する個人情報については、個人情報保護法に基づく開示請求等への対応の目的にのみ利用します。**

<b>訂正等の対象者を特定するための情報</b> (ご本人以外の個人情報の訂正等を防ぐため、太枠内はすべてご記入ください。)		
ふりがな		生年月日
氏名	印	西暦 年 月 日
住所	〒 -	
弊社とのご契約状況 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 1.契約中 <input type="checkbox"/> 2.解約済 <input type="checkbox"/> 3.その他( )	
1.2の方は 弊社携帯電話番号	-   - *電話番号をお忘れの場合は、空欄で結構です。但しその場合には通常よりも回答に時間がかかることがあります。あらかじめご了承ください。	
連絡先電話番号	( ) -   日中ご連絡できる電話番号をご記入ください。 *日中ご連絡できない場合には、手続を開始できない場合がありますのでご注意ください。	
本人確認書類 (該当項目に☑)	※個人契約の方【学生証を除く、現住所記載の書類のコピー2点】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード(マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 ※法人契約の方【所在、在籍の確認できる書類のコピー3点】 <input type="checkbox"/> 法人確認のための書類いずれか1点(印鑑証明書、登記簿謄(抄)本、現在(履歴)事項証明書) <input type="checkbox"/> 申込担当者の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 申込担当者在籍確認書類いずれか1点(社員証、名刺、健康保険証(社名記載有))	

<b>訂正等請求者(法定代理人、委任による代理人)の情報</b> (訂正等の対象者と請求する人が異なる場合のみご記入ください。)		
ふりがな		生年月日
氏名	印	西暦 年 月 日
住所	〒 -	
連絡先電話番号	( ) -   日中ご連絡できる電話番号をご記入ください。 *日中ご連絡できない場合には、手続を開始できない場合がありますのでご注意ください。	
訂正等の対象者との 関係(該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他( )	
訂正等対象者の 代理権があることを 確認する書類 (該当項目に☑)	法定代理人の 場合	訂正等の対象者ご本人が未成年者である場合： <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 訂正等の対象者ご本人が成年被後見人である場合： <input type="checkbox"/> 代理人が本人の後見人であることの成年後見登記の登記事項証明書
	委任による代理人 の場合	<input type="checkbox"/> 訂正等の対象者ご本人の印鑑証明書
訂正等請求者の 本人確認書類 (該当項目に☑)	※個人契約の方【学生証を除く、現住所記載の書類のコピー2点】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード(マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 ※法人契約の方【所在、在籍の確認できる書類のコピー3点】 <input type="checkbox"/> 法人確認のための書類いずれか1点(印鑑証明書、登記簿謄(抄)本、現在(履歴)事項証明書) <input type="checkbox"/> 申込担当者の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 申込担当者在籍確認書類いずれか1点(社員証、名刺、健康保険証(社名記載有))	

No.

訂正等通知送付先  
〒

\* 記載のない場合は左記住所(ご請求者が代理人の場合は代理人の住所)に送付します。

**ご希望の処理の種類**  
(ご希望の処理の種類の番号に○印をつけ、訂正内容、追加内容、削除内容と請求の理由をご記入ください。)

1	訂 正	訂正項目	内容(訂正前)	内容(訂正後)	訂正請求理由

2	追 加	追加内容	追加請求理由

3	削 除	削除内容	削除請求理由

ご請求の項目にもよりますが、回答には10日～2週間程度かかりますので、あらかじめご了承ください。また、回答(書面)は、上記訂正等通知送付先欄に記載頂いた場合はそちらの送付先へ、記載のない場合は左記記載のご請求者の住所へ本人限定受取郵便にて郵送いたします。