

個人情報の開示等の依頼票 (1/2)

〒050-0082

室蘭市寿町2丁目3番1号

株式会社日光印刷 個人情報相談窓口 宛

貴社が保有している私の個人情報について下記の内容を依頼します。

平成 年 月 日

◆本人の場合			
ご氏名			
ご住所			
生年月日	年 月 日	性別	1、男 2、女
電話番号			
◆代理人の場合			
ご氏名			
ご住所			
生年月日	年 月 日	性別	1、男 2、女
電話番号			

■私の個人情報に関する依頼内容—依頼事項を○で囲んでください。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人情報の開示 ・ 利用目的の通知 ・ 訂正（変更・追加） ・ 削除 ・ 利用停止または提供停止 											
	<table border="1"> <tr> <th>■訂正の内容—○で囲んでください。</th> <th>■内容をご記入下さい。</th> </tr> <tr> <td>・ 新しいご住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ 新しい電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ 新しい Fax 番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ 新しい e-Mail</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ その他</td> <td></td> </tr> </table>	■訂正の内容—○で囲んでください。	■内容をご記入下さい。	・ 新しいご住所		・ 新しい電話番号		・ 新しい Fax 番号		・ 新しい e-Mail		・ その他
■訂正の内容—○で囲んでください。	■内容をご記入下さい。											
・ 新しいご住所												
・ 新しい電話番号												
・ 新しい Fax 番号												
・ 新しい e-Mail												
・ その他												

ご案内：当社が保有する個人情報の開示、利用目的の通知、訂正、削除または利用・提供の停止の手続き
 当社が保有する個人情報の開示、利用目的の通知、訂正（変更・追加）削除、利用停止または第三者への提供停止のご請求については、上記依頼票でご請求ください。
 ご本人様もしくは代理人様の確認を行った後、10 営業日以内に処理し、その旨を郵送又は手渡しにてご通知申し上げます。