

株式会社コスモグラフィック 管理部

お客さま相談窓口責任者 宛

(送付先：〒112-8501 東京都文京区小石川 4-14-12)

個人情報開示等依頼書

※太枠内に必要事項を記入し、本人（代理人）確認書類とともに、上記送付先に郵送してください。

(利用目的の通知及び開示請求の場合は通知手数料として 500 円を申し受けます。本依頼書ご送付の際 500 円分の切手を同封願います。書面以外の方法で回答する場合は手数料は頂きません。その場合は以下に希望回答方法をご記入ください。)

依頼者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 (<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任代理人 <input type="checkbox"/> その他())	
依頼区分	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> その他())	
開示等の 求めを行う 本人	氏 名	印
	住 所	〒
	連 絡 先	電話番号 — —
	本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他())
代理人による 依頼の場合	代理人の氏名	印
	代理人の住所	〒
	代理人の連絡先	電話番号 — —
	代理人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他())
	本人との関係 ／証明書	1. 本人から委任された者 <input type="checkbox"/> 委任状+印鑑登録証明書 2. 法定代理人（親権者など） <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本
依頼区分が開示の場合の希望	①開示対象： <input type="checkbox"/> 個人情報 <input type="checkbox"/> 第三者提供記録 ②開示方法： <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> メール（メールアドレス：)) <input type="checkbox"/> その他（以下に具体的手段を記述してください） ③電子記録の開示： <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
依頼内容	対象となる個人情報の項目：	
	具体的な依頼内容：	
	依頼理由：	

注：提出していただく本人（代理人）確認書類に本籍地等の特定の機微な情報が含まれる場合は、黒く塗り潰してから送付してください。

※裏面の【本書類提出の同意確認】にて同意チェックの上、提出してください

【本書類提出の同意確認】

- ・ ご記入いただいた個人情報は、本件に係るご連絡、開示等の請求等に対する対応、ご請求者様への対応結果通知のために利用いたします。
- ・ 法令等による場合を除き、ご請求者様の同意なく第三者提供はいたしません。
- ・ 個人情報の取扱いに関するその他の事項については弊社 Web サイトをご確認ください。

□上記確認事項に同意の上、提出します。（左記チェックがない場合には請求に応じられません）