

## 開示対象保有個人データの開示などの依頼票 (1/2)

管理部 人事総務コンプライアンス課 宛  
 TEL 03-6871-4205  
 FAX 03-6871-5042  
 E-mail admi-soins@sojitz-ins.com

貴社が保有している私の開示対象保有個人データについて、下記の対応を依頼します。

年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 ご氏名 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 ご住所 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 お電話番号 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

<p>■ 私の開示対象保有個人データに関する 依頼内容</p> <p>— 依頼事項を○で囲んでください</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開示対象保有個人データの開示</li> <li>・ 利用目的の通知</li> <li>・ 訂正（変更・追加）</li> <li>・ 削除</li> <li>・ 利用停止または提供停止</li> </ul>
<p>■ 処理結果のご報告方法—通知方法を○ で囲み、通知先をご記入ください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ E-mail ( _____ )</li> <li>・ 郵便 ( _____ )</li> <li>・ Fax ( _____ )</li> </ul>
<p>■ 訂正の内容 — ○で囲んでください</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご住所                    ・ 電話番号</li> <li>・ Fax 番号                ・ E-mail</li> <li>・ その他</li> </ul>	<p>内容をご記入ください</p>

**ご案内：弊社が保有する開示対象保有個人データの開示、利用目的の通知、訂正、削除又は利用・提供の停止の手続き**

- ① 弊社が保有する開示対象保有個人データは、ご本人様からご請求がある場合、開示いたします。上記依頼票でご請求ください。生年月日もお書きいただければ幸いです。弊社に依頼票到達後3営業日以内に処理し、その旨ご通知申し上げます。
- ② 弊社が保有する開示対象保有個人データの訂正（変更・追加）削除、利用停止または第三者への提供の停止の請求は、上記依頼票でご請求ください。弊社に依頼票到達後3営業日以内に処理し、その旨ご通知申し上げます。
- ③ 開示対象保有個人データとは、弊社が保有する個人データのうち、開示などの求めに応じることができる権限を有するものをいいます。それ以外の保有個人データについては、開示などの求めに応じられませんのでご了解ください。

## 開示対象個人情報の開示などの依頼票 (2/2)

弊社使用欄

受付経路	電話 Fax E-mail 郵便 来社 その他( )		
受付日時	年 月 日 :		
本人確認方法	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( )		
弊社受付者	所属		
	氏名		
	電話番号(内線)	( )	
回答経路	電話 Fax E-mail 郵便 来社 その他( )		
回答日時	年 月 日 :		
弊社回答者	所属		
	氏名		
	電話番号(内線)	( )	
回答の内容	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 提供停止		
対応日時	年 月 日 :		
弊社対応者 (回答者と異なる場合)	所属		
	氏名		
	電話番号(内線)	( )	
対応内容	(訂正、削除、提供停止の場合受領者 など)		

個人情報保護管理者	部長	課長	担当者
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
氏名 印	氏名 印	氏名 印	氏名 印