

## 【個人情報開示等要求書】

- ・ 下記必要事項を記入し、下記の送付先まで郵送してください。
- ・ 請求される方が請求者ご本人であることを確認するために、確認書類（例）運転免許証、旅券、健康保険の被保険者証等）を提示していただきます。なお、法定代理人が開示請求をする場合は、請求される方がご本人の法定代理人であることを確認するための書類（戸籍謄本等）のほか、その方が法定代理人自身であることの確認書類を提示願います。
- ・ 「個人情報開示等要求書」にご記入いただいた連絡先にお電話させていただくことがありますのでご了承ください。
- ・ ご本人様確認のため下記連絡先にお電話させていただくことがありますのでご了承ください。
- ・ 原則としてご本人様確認後より10日以内に対処させていただきます。
- ・ 個人情報の開示等のご請求には1件あたり1,000円の手数料が必要です。  
本要求書と必要書類及び手数料分の郵便切手または郵便為替を同封で下記の送付先まで郵送してください。  
折り返し配達記録郵便にてご本人様あてにご回答をお送りさせていただきます。

ご依頼日	年 月 日	
ふりがな		
氏名（必須）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 ※別途委任状が必要です。	
住所（必須）		
TEL（必須）	FAX	
E-MAIL		
ご依頼内容 (必須)	依頼対象となる個人情報の概要	
	<input type="checkbox"/> <b>利用目的の通知</b> 自己の情報の利用目的を通知してください。 <input type="checkbox"/> <b>開示</b> 自己の情報を開示してください。 <input type="checkbox"/> <b>訂正</b> 自己の情報を訂正してください。 <input type="checkbox"/> <b>利用の停止</b> 自己の情報の利用を停止してください。 <input type="checkbox"/> <b>第三者提供の停止</b> 自己の情報の第三者提供を停止してください。 <input type="checkbox"/> <b>削除</b> 自己の情報を削除してください。	
	依頼内容の詳細	
その他	依頼の理由	

送付先 : 株式会社タケヒロレッカー  
「個人情報のご相談窓口」宛  
担当 : 個人情報保護管理者  
住所 : 〒491-0822 愛知県一宮市丹陽町伝法寺字西大門292  
電話番号 : 0586-77-7089