

## 保有個人データ開示請求書

年 月 日

キー・ポイント株式会社 御中

〒

住 所  
(ふりがな)

氏 名

印

電話番号

私は、個人情報保護に関する法律に基づき、貴社の保有個人データの開示を請求します。

## 記

## 1. 開示を請求する保有個人データ (具体的に記載してください。)

--

## 2. 請求する開示の実施方法 (本欄の記載は任意です。)

a 又は b に○印で囲んでください。 a を選択した場合は実施の方法及び希望日を記載してください。

a 事務所における開示の方法を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <実施の希望日> 平成 年 月 日
b 写しの送付を希望する。

## 3. 本人確認等

a 開 示 請 求 者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
b 請求者本人確認書類 (コピー) ※現住所が分かるもの。本籍、個人番号は黒塗りにして下さい。 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード (表面のみ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
c 本人の状況等 (法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。) (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 ( 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 (イ) 本人の氏名 (ウ) 本人の住所又は居所
d 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類 (コピー) を提示又は提出してください 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※現住所が分かるもの。個人番号は黒塗りにして下さい。

開示等の請求にともない取得した個人情報は、開示等の請求の対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。また、開示等の請求に際しご提出いただいた請求書は返却いたしかねます。

開示等受付窓口 : 〒650-0023 兵庫県神戸市中央区栄町通 1-2-7 大同生命神戸ビル 8F キー・ポイント株式会社 個人情報問合せ係 メールアドレス : privacy@key-p.co.jp TEL : 078-335-1527
--