

請求日: _____ 年 月 日

株式会社メディアサイエンス 管理部 ご相談窓口 行き

個人情報 開示請求書

貴社にて保有されている個人情報を確認したく、下記の通り開示の請求をします。

1. 開示申込者

フリガナ		印	開示対象者との関係	本人・親権者・後見人・弁護士・その他()
氏名				

2. 開示対象者

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
本人氏名		男・女		
現住所	〒		電話番号	(自宅・携帯)
勤務先名 学校名等			メールアドレス	

3. 開示をご希望される項目 (該当項目の口にチェックをお付けください)

<input type="checkbox"/> 名前 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 郵便番号 <input type="checkbox"/> 電話番号(自宅・携帯) <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 勤務先・学校名 <input type="checkbox"/> 部署 <input type="checkbox"/> 役職 <input type="checkbox"/> 学部 <input type="checkbox"/> その他 [] ※開示する情報は、弊社が保有するあなた様の個人データのうち、客観的な事実に限らせていただきます。

4. 本人確認資料 (該当項目の口にチェックをお付けください)

<input type="checkbox"/> 運転免許写し <input type="checkbox"/> パスポート写し <input type="checkbox"/> 健康保険証写し <input type="checkbox"/> その他 [] ※確認後、頂きました写しなどは、当社が責任を持って廃棄処理いたします。よって返却には応じられません。

【以下、弊社利用欄】

受付日	年 月 日	担当者
確認書類	<input type="checkbox"/> 免許写し <input type="checkbox"/> 旅券写し <input type="checkbox"/> 保険証写し <input type="checkbox"/> その他 []	印
対応内容	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 例外取扱対象 <input type="checkbox"/> その他 []	
回答日	年 月 日	GPO
回答書番号		印
担当者名		
例外事項取扱確認		