

開示対象個人情報利用目的通知請求書

年 月 日

株式会社ヒロモリ 個人情報保護管理者 殿

〒

住 所

(ふりがな)
請求者氏名

印

電話番号 ()
請求者の区分 本人 ・ 法定代理人 ・ 任意代理人

私は、下記により貴社の開示対象個人情報の利用目的の通知を請求します。

* 請求者が法定代理人又は任意代理人の場合は、下欄に開示対象者の詳細をご記入下さい。

〒

住 所

(ふりがな)
開示対象者氏名

印

電話番号 ()

* **開示対象個人情報とは**、当社が保有する個人情報のうち、特定の個人情報を容易に検索できるように体系的に構成した情報の集合体を構成する個人情報であって、当社が開示、内容の訂正、内容の追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止の求めのすべてに応じる権限を有するものをいいます。

記

1. 利用目的通知を請求する開示対象個人情報（具体的に特定してください。）

2. 求める開示の送付先（いずれかに○をしてください。）

開示対象者（本人）宛 ・ 代理人宛

必要書類等

請求者が開示対象者ご本人の場合 下記①～④のいずれか必要

- ① 運転免許証（本籍地をマスキングしたコピー）
- ② パスポート（本籍地をマスキングしたコピー）
- ③ 健康保険の被保険者証（コピー）
- ④ その他本人確認できる公的書類

請求者が未成年者もしくは成年被後見人の法定代理人の場合 下記①②の両方必要

- ① 法定代理権を証明する書類（戸籍謄本、登記事項証明書等）（3ヶ月以内のもの）
- ② 法定代理人のもので次のうちいずれか

運転免許証・パスポート・健康保険の被保険者証・その他本人確認できる公的書類

請求者が委任された代理人の場合 下記①～④の全て必要

- ① 開示対象者本人からの委任状（実印で押印）
- ② 開示対象者本人の印鑑証明書（3ヶ月以内のもの）
- ③ 開示対象者本人のもので次のうちいずれか

運転免許証・パスポート・健康保険の被保険者証・その他本人確認できる公的書類

- ④ 代理人のもので次のうちいずれか

運転免許証・パスポート・健康保険の被保険者証・その他本人確認できる公的書類

手数料

郵便定額小為替 1,000 円分

開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。また、開示等の求め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 : 〒108-0075 東京都港区港南 2-12-32 SOUTH PORT 品川 6F
株式会社ヒロモリ PMS委員会 問い合わせ窓口
TEL : 03-6890-1620 FAX : 03-6890-0168

文書番号 : P 096

開示対象個人情報開示請求書

年 月 日

株式会社ヒロモリ 個人情報保護管理者 殿

〒

住 所

(ふりがな)
請求者氏名

印

電話番号 ()
請求者の区分 本人 ・ 法定代理人 ・ 任意代理人

私は、下記により貴社の開示対象個人情報の開示を請求します。

* 請求者が法定代理人又は任意代理人の場合は、下欄に開示対象者の詳細をご記入下さい。

〒

住 所

(ふりがな)
開示対象者氏名

印

電話番号 ()

* **開示対象個人情報**とは、当社が保有する個人情報のうち、特定の個人情報を容易に検索できるように体系的に構成した情報の集合体を構成する個人情報であって、当社が開示、内容の訂正、内容の追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止の求めのすべてに応じる権限を有するものをいいます。

記

1. 開示を請求する開示対象個人情報（具体的に特定してください。）

2. 求める開示の送付先（いずれかに○をしてください。）

開示対象者（本人）宛 ・ 代理人宛

必要書類等

請求者が開示対象者ご本人の場合 下記①～④のいずれか必要

- ① 運転免許証（本籍地をマスキングしたコピー）
- ② パスポート（本籍地をマスキングしたコピー）
- ③ 健康保険の被保険者証（コピー）
- ④ その他本人確認できる公的書類

請求者が未成年者もしくは成年被後見人の法定代理人の場合 下記①②の両方必要

- ① 法定代理権を証明する書類（戸籍謄本、登記事項証明書等）（3ヶ月以内のもの）
- ② 法定代理人のもので次のうちいずれか

運転免許証・パスポート・健康保険の被保険者証・その他本人確認できる公的書類

請求者が委任された代理人の場合 下記①～④の全て必要

- ① 開示対象者本人からの委任状（実印で押印）
- ② 開示対象者本人の印鑑証明書（3ヶ月以内のもの）
- ③ 開示対象者本人のもので次のうちいずれか

運転免許証・パスポート・健康保険の被保険者証・その他本人確認できる公的書類

- ④ 代理人のもので次のうちいずれか

運転免許証・パスポート・健康保険の被保険者証・その他本人確認できる公的書類

手数料

郵便定額小為替 1,000 円分

開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。また、開示等の求め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 : 〒108-0075 東京都港区港南 2-12-32 SOUTH PORT 品川 6F
株式会社ヒロモリ PMS委員会 苦情・相談窓口
TEL : 03-6890-1620 FAX : 03-6890-0168

文書番号 : P 094

開示対象個人情報訂正等及び利用停止等請求書

年 月 日

株式会社ヒロモリ 個人情報保護管理者 殿

〒

住 所

(ふりがな)
請求者氏名

印

電話番号 ()

請求者の区分 本人 ・ 法定代理人 ・ 任意代理人

私は、下記により貴社の開示対象個人情報の（訂正・追加・削除・利用停止・消去・第三者への提供の停止）を請求します。

* 請求者が法定代理人又は任意代理人の場合は、下欄に開示対象者の詳細をご記入下さい。
*

〒

住 所

(ふりがな)
開示対象者氏名

印

電話番号 ()

*開示対象個人情報とは、当社が保有する個人情報のうち、特定の個人情報を容易に検索できるように体系的に構成した情報の集合物を構成する個人情報であって、当社が開示、内容の訂正、内容の追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止の求めのすべてに応じる権限を有するものをいいます。

記

1. 訂正・追加・削除等の内容（具体的にご記入ください。）
項目 訂正等前の内容（追加の場合は不要） 訂正等後の内容（削除等の場合は不要）
2. 訂正・追加・削除等の理由（具体的にご記入ください。）

必要書類等

請求者が開示対象者ご本人の場合 下記①～④のいずれか必要

- ① 運転免許証（本籍地をマスキングしたコピー）
- ② パスポート（本籍地をマスキングしたコピー）
- ③ 健康保険の被保険者証（コピー）
- ④ その他本人確認できる公的書類

請求者が未成年者もしくは成年被後見人の法定代理人の場合 下記①②の両方必要

- ① 法定代理権を証明する書類（戸籍謄本、登記事項証明書等）（3ヶ月以内のもの）
- ② 法定代理人のもので次のうちいずれか
運転免許証・パスポート・健康保険の被保険者証・その他本人確認できる公的書類

請求者が委任された代理人の場合 下記①～④の全て必要

- ① 開示対象者本人からの委任状（実印で押印）
- ② 開示対象者本人の印鑑証明書（3ヶ月以内のもの）
- ③ 開示対象者本人のもので次のうちいずれか
運転免許証・パスポート・健康保険の被保険者証・その他本人確認できる公的書類
- ④ 代理人のもので次のうちいずれか
運転免許証・パスポート・健康保険の被保険者証・その他本人確認できる公的書類

手数料

郵便定額小為替 1,000 円分

開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとし
ます。また、開示等の求め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 : 〒108-0075 東京都港区港南 2-12-32 SOUTH PORT 品川 6F
株式会社ヒロモリ PMS委員会 問い合わせ窓口
TEL : 03-6890-1620 FAX : 03-6890-0168