

個人情報開示等請求書

年 月 日

〒103-0005 東京都中央区日本橋久松町9-12
株式会社グリックス 個人情報開示等請求窓口

以下の請求区分に関して個人情報の開示等の請求をいたします。

請求区分	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正等 <input type="checkbox"/> 利用停止等
-------------	--

太枠内は必須記載事項となります。ご記入漏れのないようご注意ください。

本人の特定に係る情報	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	〒 -
	電話番号	() -
	メールアドレス	お持ちの方のみご記入ください
	本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> ID又はパスワード <input type="checkbox"/> その他 ()

代理人等による請求の場合	ふりがな 氏名	
	住所	〒 -
	電話番号	() -
	代理人等の区別	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他 ()
	代理権等確認書類等	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 後見開始審判書又は成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 資格者の種類及び登録番号 <input type="checkbox"/> 職印に係る印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	開示等請求者の本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 外国人登録 <input type="checkbox"/> その他 ()

(注) 本人以外の代理人等が請求する場合のみご記入ください。

「代理人等の区別」で相続人とお書きになった方のみご記入ください。
請求の必要性（できる限り具体的にご記入ください）

請求に対する回答方法	<p>郵送方法のみでご回答申し上げます。</p> <p>開示請求等に対する回答書は、住所確認書類に記載されているお客様の現住所に郵送でご送付させていただきます。</p> <p>開示請求等に対する回答書を代理人の方に郵送で通知する場合は、住所確認書類に記載されている代理人の方の現住所に配達記録（またはそれに代わる郵送方法）で送付させていただきます。</p>
------------	--

訂正等に係る方法の区分	<input type="checkbox"/> 訂正		
	訂正項目	内容（修正前）	内容（修正後）
	<input type="checkbox"/> 追加		
	追加項目	追加内容・追加理由	
	<input type="checkbox"/> 削除		
	削除項目・内容	削除理由	
利用停止等に係る方法の区分	利用停止： <input type="checkbox"/> 目的外利用 <input type="checkbox"/> 不正な手段による取得		
	理由：		
	消去： <input type="checkbox"/> 目的外利用 <input type="checkbox"/> 不正な手段による取得		
	理由：		
<input type="checkbox"/> 第三者提供（提供先又は提供方法並びに停止を求める）			
理由：			