

個人情報に関する開示等請求書

請求日 年 月 日

| | | | | |
|---|--|------|--|--|
| ◆請求内容 | <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者への提供停止 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| (修正の場合、修正後の情報を下記に記入) | | | | |
| (その他の場合、詳細な説明内容を下記に記入) | | | | |
| ◆ご請求の情報は、弊社が保有する以下の開示対象個人情報のうちどれに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 会員登録情報 <input type="checkbox"/> オンラインショッピング購入者情報 <input type="checkbox"/> アンケート等への申込 <input type="checkbox"/> 弊社へのリクルート応募情報 <input type="checkbox"/> その他 () ＊上記について、以下の具体的な情報を分かる範囲でご記入ください。 (ご登録サイト名称、大よその時期、弊社の担当部門/担当者、その他の特記事項) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | | | | |
| ◆回答書送付方法 (一つ選択) <input type="checkbox"/> 配達記録郵便 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> Eメール | | | | |
| ◆請求者の住所、氏名等を下記にご記入ください。 | | | | |
| 住所 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 | 〒 - (勤務先の場合は名称：) | | | |
| フリガナ | | 電話番号 | | |
| 請求者 | (印) | Eメール | | |
| ◆代理人による請求の場合は、下記にご記入ください。 | | | | |
| 住所 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 | 〒 - (勤務先の場合は名称：) | | | |
| フリガナ | | 電話番号 | | |
| 代理人 | (印) | Eメール | | |
| ◆必要な添付書類 <input type="checkbox"/> ご本人がご確認できる運転免許証又は健康保険証のコピー <input type="checkbox"/> 代理人のご請求の場合は、代理人が確認できる委任状等 <input type="checkbox"/> ご本人が未成年の場合は、法廷代理人とご本人の続柄を確認できる住民票等 <input type="checkbox"/> 返信用封筒 (必要な切手貼付) | | | | |

<送付先>

〒107-6223 東京都港区赤坂 9-7-1 ミッドタウン・タワー23階
 株式会社ワナップス コンプライアンス事務局
 または FAX 番号 03-5656-2765