

個人情報の開示請求依頼書

アートシステム株式会社

個人情報相談窓口 担当 浅野 宛

TEL 011-863-0900

貴社が保有している私の個人情報について、下記の内容を依頼致します。

ご本人記入欄		
依頼日	年 月 日	
フリガナ		
氏名		
住所	〒 都・道・府・県 市・区・町・村	
電話番号	FAX番号	
ご依頼事項	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	
	<input type="checkbox"/> 開示	
	<input type="checkbox"/> 訂正(変更・追加)	
	<input type="checkbox"/> 削除	
	<input type="checkbox"/> 利用停止または提供停止	
訂正の内容	<input type="checkbox"/> 住所	【訂正の内容を具体的にご記入願います】
	<input type="checkbox"/> 電話番号	
	<input type="checkbox"/> FAX 番号	
	<input type="checkbox"/> e-mail アドレス	
	<input type="checkbox"/> その他	
処理結果のご連絡方法	<input type="checkbox"/> e-mail	【連絡先をご記入願います】
	<input type="checkbox"/> 郵送	
	<input type="checkbox"/> FAX	
	<input type="checkbox"/> その他	

※弊社が保有する「個人情報」に関する開示請求のご依頼は、ご本人様からお申し出により処理を致します。

ご依頼のあった事項につきまして5営業日以内に処理をし、ご本人様もしくはその代理人様を確認後、開示致します。

※ご依頼が、ご本人または代理人様であることの確認を、運転免許証や保険証で確認させていただいております
この依頼書とともに郵送またはFAXまたは電子メールにてお送りください