

個人情報（開示・訂正・削除・利用停止等）請求書

年 月 日

〒460-0002

名古屋市中区丸の内 3-20-9

株式会社 三晃社 業務推進局 内

S-cube Lab. 事務室 個人情報取扱責任者 宛

以下の請求種別に関して個人情報の開示等の請求をいたします。

請求種別	<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・削除 <input type="checkbox"/> 利用停止
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

以下、※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。
	人 書 等 ※	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> の の 書 () ※ の -に の記載が は り した のをご用意ください。

人以 の 人等が請求す のみご記入ください。

代理人等による請求の場合の請求者に係る情報	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	〒 -
	電話番号	() -
	人等の区別	<input type="checkbox"/> 者 <input type="checkbox"/> 年 人 <input type="checkbox"/> 人 <input type="checkbox"/> 人 <input type="checkbox"/> の ()
	等 書 等	<input type="checkbox"/> 開 書または 年 記事項 書 <input type="checkbox"/> 任 <input type="checkbox"/> 者の種 およ 番号 <input type="checkbox"/> に 書 <input type="checkbox"/> の ()
	開示等請求者の人 書 等	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> の の 書 () ※ の -に の記載が は り した のをご用意ください。

