

(PMS3-08-K01)

個人情報 利用目的の通知・開示請求書（お客様用）

年 月 日

下記必要事項をご記入の上、必要な本人確認書類等を添付の上、弊社の個人情報の各種ご請求窓口にメールにてお送り下さい。

太枠内は、必須記載事項となりますので、ご記入漏れのないようご注意ください。

開示請求等窓口：〒160-0023 東京都新宿区西新宿 3-2-4 新和ビル 4階
株式会社セレブリックス 個人情報請求窓口

ご本人を特定するための情報 (他の方と個人情報を誤って開示するおそれ等がありますので、太枠内は全てご記入下さい。)	
氏名	
フリガナ	
生年月日	年 月 日
住所	〒 -
電話番号	() - 日中にご連絡できる電話番号をご記入下さい。
弊社顧客番号	ご存じの方のみご記入下さい。
本人確認方法	<input type="checkbox"/> 弊社窓口 <input type="checkbox"/> 証明書類郵送
本人確認書類	<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"/> 年金手帳 [※]

利用目的の通知あるいは開示請求者の情報 (開示の対象となる人と開示を請求する人とが異なる場合のみご記入下さい。)	
氏名	
フリガナ	
住所	〒 -
電話番号	() - 日中にご連絡できる電話番号をご記入下さい。
開示の対象となる人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他
開示の対象となる人との関係を証明する書類	<input type="checkbox"/> 成年後見登録事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状
開示請求者の確認書類（コピー）	<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"/> 年金手帳

(下記は当社での使用欄ですので、ご記入しないでください)

受付者	コメント記入欄	承認日	捺印
個人情報管理 責任者			
事業代表者			

(PMS3-08-K02)

個人情報 利用・提供停止又は消去等請求書

年 月 日

下記必要事項をご記入の上、必要な本人確認書類等を添付の上、弊社の個人情報の各種ご請求窓口にメールにてお送り下さい。

太枠内は、必須記載事項となりますので、ご記入漏れのないようご注意ください。

開示請求等窓口：

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 3-2-4 新和ビル 4 階
株式会社セレブリックス 個人情報請求窓口

利用停止等の対象となる方を特定するための情報

(他の方と個人情報を誤って開示するおそれ等がありますので、太枠内は全てご記入下さい。)

氏名	
フリガナ	
生年月日	年 月 日
住所	〒
電話番号	() 日中にご連絡できる電話番号をご記入下さい。
弊社顧客番号	ご存じの方のみご記入下さい。
本人確認方法	<input type="checkbox"/> 弊社窓口 <input type="checkbox"/> 証明書類郵送
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証コピー <input type="checkbox"/> パスポートコピー <input type="checkbox"/> 健康保険証コピー <input type="checkbox"/> 年金手帳コピー

利用・提供停止又は消去の請求者の情報

(開示の対象となる人と開示を請求する人とが異なる場合のみご記入下さい。)

氏名	
フリガナ	
住所	〒
電話番号	() 日中にご連絡できる電話番号をご記入下さい。
利用・提供停止等の対象となる人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用・提供停止等の対象となる人との関係を証明する書類	<input type="checkbox"/> 成年後見登録事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状
利用・提供停止・消去等請求者の確認書類 (コピー)	<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"/> 年金手帳
ご希望の処理の種類 (ご希望の処理の種類の番号・記号に○印をつけ、それぞれ理由を具体的にご記入下さい。)	

(PMS3-08-K02)

1	利 用	理 由
		A 利用目的達成に必要な範囲を超えた理由
	停 止	B 不正な方法による取得

2	消	理 由
		A 利用目的達成に必要な範囲を超えた理由
	去	B 不正な方法による取得

3	第 三 者 提 供 の 停 止	提供先 または 提供方法

※第三者提供の停止は、不特定多数への提供も含まれますので、不特定多数への提供の停止をご請求の場合は、提供方法（例：HPでの公開、社内誌への掲載等）をご記入下さい。

（下記は当社での使用欄ですので、ご記入しないでください）

受付者	コメント記入欄	承認日	捺印
個人情報管理 責任者			
事業代表者			