

個人データ開示等の請求書

【ご通知】この請求書は、個人情報保護に関する法律(以下「法」という。)の規定により、弊社が保有する個人データの開示、訂正又は一部削除、利用停止、消去、第三者提供の停止、利用目的の通知(これらの求めを本請求書内で「開示等の請求」という。)等を請求するためのものです。下記必要事項をご記入頂き、弊社までご郵送ください(郵送料は請求者の負担となります。)

個人情報取扱事業者名 株式会社リブラブ

太線の枠内で必要事項をご記入頂き、該当項目に☑してください。

請求年月日	請求者	フリガナ
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	お名前 (委任者名) 印
住所・電話番号(ご本人様) (〒 -) (電話 - -)		
代理人の住所・電話番号(※代理人によるご請求の場合のみご記入下さい。) (〒 -) (電話 - -)		
ご請求内容		
弊社が保有する当方の個人データの		<input type="checkbox"/> 開示を求める。(※)
(※開示又は利用目的の通知に関しては、手数料を要します。 法第33条第1項 開示には、個人データが存在しない事の確認を含みます。 法第28条第3項)		<input type="checkbox"/> 訂正又は一部削除を求める。
		<input type="checkbox"/> 消去を求める。
		<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止を求める。
		<input type="checkbox"/> 利用目的の通知を求める。(※)
訂正等の内容(ご請求内容が訂正の場合)		
<input type="checkbox"/> 新しいご住所 <input type="checkbox"/> 新しい電話番号 <input type="checkbox"/> 新しいFAX番号 <input type="checkbox"/> 新しいE-mailアドレス		
<input type="checkbox"/> その他		
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		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

注) 開示又は利用目的の通知は、書留郵便にて書面を送付する方法によります(郵送料は請求者の負担となります)。ご送付先は、請求者ご本人様の住所(代理人による請求の場合は代理人の方の住所)とさせていただきます。

開示又は利用目的の通知に関しては手数料が必要となりますが、手数料のお支払いがない場合は、開示又は利用目的の通知のご請求はなかったものとして取り扱わせていただきます。