

個人情報開示請求書

平成 年 月 日

株式会社小学館集英社プロダクション 御中

請求者 郵便番号 干 —  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞  
 電話番号 \_\_\_\_\_ — —

請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人の代理人
請求内容の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 写しの交付 ( <input type="checkbox"/> 郵送希望)
ご通学またはご契約いただいているサービス (右のいずれかを○で囲んでください。)	小学館アカデミー (小学館の幼児教室ドラキッズ、H A S、古文書塾てらこや、中国語会話倶楽部、英会話倶楽部、パソコン倶楽部、美術倶楽部) 学年別通信添削教育ドラゼミ、小学館レクリエーションリーダーズクラブ、大和自然学校、PALSHOP 通販、PALSHOP Selection 通販、ドラえもんズベル、その他 ( )
請求を希望する個人情報の内容	
開示請求の理由	

請求者の確認	本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )
	代理人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )
代理人が開示請求する場合の本人との関係	本人の氏名	
	本人の住所	郵便番号 干 — 住 所 _____ 電話番号 _____
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人が未成年 ( 年 月 日生) ( 父 ・ 母 ) <input type="checkbox"/> 任意代理人

(注)

- のある欄には、該当する□内に✓印を記入してください。
- 「請求を希望する個人情報の内容」の欄は、知りたいと思う事項をできるだけ具体的に記入してください。
- 請求の際は、請求者本人であることを証明する書類 (運転免許証等顔写真添付のもの) 及び請求者が代理人のときはその資格を証明する書類に併せて運転免許証等顔写真添付のものを提示してください。任意代理人は、本人の委任状が必要になります。

下の欄には記入しないで下さい。

受付日	平成 年 月 日	受付部署	
処理結果	<input type="checkbox"/> 閲覧( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 写しの交付 ( <input type="checkbox"/> 郵送) (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 拒絶 (理由: _____ )		
備 考		承認印	関係者印

個人情報開示請求書(記入例)

平成20年7月1日

株式会社小学館集英社プロダクション 御中

請求者 郵便番号〒101-8415  
 住 所 東京都4代田区神田神保町2-30  
 氏 名 小集 太郎 ㊞  
 電話番号 03-3222-9100

請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の代理人
請求内容の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 ( <input checked="" type="checkbox"/> 郵送希望)
ご通学またはご契約いただいているサービス (右のいずれかを○で囲んでください。)	小学館アカデミー (小学館の幼児教室ドラキッズ、HAS、古文書塾てらこや、中国語会話倶楽部、英会話倶楽部、パソコン倶楽部、美術倶楽部) 学年別通信添削教育ドラゼミ、小学館レクリエーションリーダーズクラブ、大和自然学校、PALSHOP 通販、PALSHOP Selection 通販、ドラえもんズベル、その他 ( )
請求を希望する個人情報の内容	本人について貴社が持っている個人情報を全て
開示請求の理由	正確な情報かどうか確認したいため

請求者の確認	本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )
	代理人	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )
代理人が開示請求する場合の本人との関係	本人の氏名	小集 花子
	本人の住所	郵便番号〒101-8415 住 所 東京都4代田区神田神保町2-30 電話番号 03-3222-9100
	本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人が未成年 (平成19年3月21日生) (父)・母) <input type="checkbox"/> 任意代理人

(注)

- のある欄には、該当する□内に✓印を記入してください。
- 「請求を希望する個人情報の内容」の欄は、知りたいと思う事項をできるだけ具体的に記入してください。
- 請求の際は、請求者本人であることを証明する書類 (運転免許証等顔写真添付のもの) 及び請求者が代理人のときはその資格を証明する書類に併せて運転免許証等顔写真添付のものを提示してください。任意代理人は、本人の委任状が必要になります。

下の欄には記入しないで下さい。

受付日	平成 年 月 日	受付部署	
処理結果	<input type="checkbox"/> 閲覧( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 写しの交付 ( <input type="checkbox"/> 郵送) (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 拒絶 (理由: )		
備考		承認印	関係者印