

お申込み日 年 月 日

個人情報開示・利用停止等申込書 (個人情報の開示、第三者提供記録の開示 用)

株式会社 カンファレンスサービス お客様相談室長 行

【ご 案 内】

次の個人情報の利用目的等にご同意の上で、ご請求ください。

事 業 者 名：株式会社カンファレンスサービス

個人情報保護管理者（代理）：本社お客様相談室（〒814-0012 福岡市早良区昭代 2 丁目 5-24）

利 用 目 的：個人情報の開示等の請求にご回答するため

第三者提供・委託：なし

開 示 の 区 分：開示対象個人情報（ご対象者本人に関する電子計算機等により処理された事実情報）

請 求 窓 口：上記お客様相談室にて承ります。

任 意 性：下記記入項目にご記入のない場合、ご回答できない場合があります。

取 得 方 法：本申込書により取得

貴社で保有する私の個人情報について〔開示 / 第三者提供記録の開示〕を申し込みます。また、開示方法は〔郵送 / メール / その他（ ）〕を希望します。(該当するにチェック及び下記太線枠内にご記入ください。)

■お申込者

フリガナ		印鑑	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦
お名前			年 月 日	年 月 日
ご住所	(〒 -)		電 話	() -

■ご対象者 (お申込者が代理人の場合のみ、以下もご記入ください。)

フリガナ		印鑑	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦
お名前			年 月 日	年 月 日
ご住所	(〒 -)		電 話	() -

- お申込者は原則ご本人に限ります。
- お申込みは郵送にて承ります。
- 開示情報は原則お申込者様の指定する方法で開示しますが、対応出来かねる場合がございます。
郵送での開示を希望の場合は、配達証明付き郵便でお送りします。なお、手数料として郵便料実費相当の郵便切手 1,010 円分を同封願います。
電子メールでの開示を希望の場合は、本申込書の郵送と合わせて本社お客様相談室宛にメール連絡願います。
(本社お客様相談室 e-mail : cs@conferenceservice.jp)
その他の提供方法を希望の場合は、別途相談させていただきます。
- 開示出来ない場合は、その理由をお知らせし、同封の郵便切手は返却させていただきます。
- 対象となります個人情報をご案内の開示の区分の記載とおりです。
- 本人確認のため、運転免許証、健康保険証 (保険者番号、被保険者記号・番号は見えない状態にしてください)、年金手帳 (基礎年金番号は見えない状態にしてください)、パスポート、住民票 (マイナンバーの記載が無いもの)、外国人登録証明書いずれかのコピーを同封願います。当申込書並びにお送りいただいたコピーは、この目的以外に利用いたしません。また、コピーは利用後弊社にて裁断廃棄させていただきます。
※「個人番号カード」は、本人確認書類としてご利用いただけません。
- 代理人による申込みの場合は、前項のご対象者本人の確認書類と委任状を提出していただきます。
また、代理人の本人確認をご対象者と同様にさせていただきます。

本人確認	<input type="checkbox"/> 公的証明書 (<input type="checkbox"/> 運転免許証、 <input type="checkbox"/> 健康保険証、 <input type="checkbox"/> 年金手帳、 <input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> 住民票、 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書)
代理人確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 公的証明書 (<input type="checkbox"/> 運転免許証、 <input type="checkbox"/> 健康保険証、 <input type="checkbox"/> 年金手帳、 <input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> 住民票、 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書)

にチェック (レ) を入れてください。

整理番号	
取扱箇所名	