

## 個人情報開示等請求書

年 月 日

〒108-0073 東京都港区三田 3-9-7 三田三好ビル 5階  
 株式会社エクステンジ  
 個人情報問合せ窓口責任者 宛

以下の請求区分に関して個人情報の開示等の請求をいたします。

<b>請求区分</b>	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正等 <input type="checkbox"/> 利用停止等
-------------	--

太枠内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。

<b>本人の特定に係る情報</b>	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	
	本人確認書類等	<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"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> ID又はパスワード <input type="checkbox"/> その他 ( )

お持ちの方のみご記入ください

<b>代理人等による請求の場合</b>	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒 -
	電話番号	( ) -
	代理人等の区別	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	代理権等確認書類等	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 後見開始審判書又は成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 資格者の種類及び登録番号 <input type="checkbox"/> 職印に係る印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )
開示等請求者の本人確認書類等	<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"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

(注) 本人以外の代理人等が請求する場合のみご記入ください。

