

個人情報の訂正・利用停止等の請求書

パラマウントケアサービス株式会社 御中

以下の太枠内のみご記入ください。(書ききれない場合には、別紙に記入し、添付してください。)

| | | |
|-----------------------------------|-------|--|
| 請求日 | | 年 月 日 |
| 請求者氏名 | | |
| 請求者住所 | | 〒 |
| 請求者電話番号/e-mail | | () -- / |
| 訂正・利用停止等の請求に係る自己の個人情報に関する事項 ※1 | 内容・種類 | |
| | その他 | |
| 開示した個人情報に関する請求内容 | | <input type="checkbox"/> 個人情報の訂正 (訂正内容:) <input type="checkbox"/> 個人情報の追加 (追加内容:) <input type="checkbox"/> 個人情報の削除 (削除する情報:) <input type="checkbox"/> 個人情報の利用停止 <input type="checkbox"/> 個人情報の全消去 <input type="checkbox"/> 個人情報の第三者への提供停止 |
| 上記請求を行う理由 | | |
| 通知方法 | | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他() |
| 備考 | | |

※1この項目は、個人情報を特定するため、可能な限り具体的に記入してください。
 ※請求書または本人確認書類に不備がある場合には、再提出をお願いすることがあります。
 ※本請求書により当社が取得する個人情報は、本請求書に基づく処理のみに利用します。
 ※保有する個人情報の訂正・利用停止等の通知は、通常 10 営業日程度要します。

(当社記入欄)この欄には記入しないでください。

| | | | |
|-------------|---|-------|----------------|
| 受付 No・受付日 | 受付 No: | 受付日: | 年 月 日 |
| 受付部門・受付担当 | 部門: | (担当: |) |
| 本人確認書類 | <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"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 備考: | | |
| 担当部門・担当 | 部門: | (担当: |) |
| | 受付日: | 年 月 日 | |
| 開示対象個人情報 確認 | 確認結果: | | |
| ただし書きに該当 確認 | 確認結果: | | |
| 対応記録 | 対応日: | 年 月 日 | 備考: |
| 本人確認書類の処分 | 返却日: | 年 月 日 | (苦情及び相談窓口担当:) |
| 個人情報保護管理者 | 承認日: | 年 月 日 | 承認印 |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|