

個人情報開示等請求書

内 容	当社の情報システムに記録されている個人情報の開示等を請求する場合の様式です。請求できる人は、当社の顧客管理システムに記録されている個人情報の本人または法定代理人、当社が認める任意の代理人です。
提 出 書 類 (様式、添付書類)	<p>●保有個人情報の利用目的の通知・開示・訂正・追加・削除・利用停止・消去請求書</p> <ol style="list-style-type: none">1. 本人であることを確認できる書類(運転免許証、パスポート、健康保健の被保険者証、年金手帳・証書など)が必要です。なお、写真が貼付されていない書類の場合は、複数提示してください。2. 法定代理人が請求される場合は、法定代理人の上記1の書類のほか、その資格を証明する書類(戸籍謄本、登記事項証明書等)が必要です。3. 任意の代理人が請求される場合は、任意の代理人の上記1の書類のほか、その資格を証明する書類(委任状等)と代理人の印鑑証明書が必要です。4. 原則として窓口にてご請求頂きますが、やむを得ず郵送をされる方は、封筒に朱書きで「開示等請求書類在中」とお書き添えの上、郵送ください。 <p>請求書の記載方法や手続きについてわからない点がございましたら、担当窓口にお問い合わせください。</p>
注 意 事 項	本人確認のため、原則として本社窓口にてご請求ください。尚、当社からの通知は、郵送または来社のどちらかをお選びください。電子メールでの請求・通知はできません。
料 金	利用目的の通知、開示請求の場合のみ1件につき210円が必要です (郵送による通知をご希望の場合は郵送料が加算されます)
問い合わせ・提出先	〒503-0022 岐阜県大垣市中野町3-31 株式会社 大垣ケーブルテレビ お客様センター内「個人情報に関する受付問い合わせ窓口」行 電話:050-5201-2010 電子メール:kozin@ogaki-tv.co.jp
受 付 時 間	午前9時30分～午後5時30分 ただし、土・日曜日、祝祭日、年末年始は除きます。

保有個人情報の利用目的の通知・開示・訂正・追加・削除・利用停止・消去請求書

平成 年 月 日

株式会社 大垣ケーブルテレビ
個人情報に関する受付問い合わせ窓口 行

(請求者)

住所 〒 _____

氏名または名称 _____ 印

連絡先電話番号 _____

(利用目的の通知・開示・訂正・追加・削除・利用停止・消去対象者)

住所 〒 _____

氏名または名称 _____

連絡先電話番号 _____

対象者との関係 _____

次のとおり個人情報の利用目的の通知・開示・訂正・追加・削除・利用停止・消去を請求します。

1 請求に係る個人情報の内容等

(請求する情報等が特定できるよう、請求する内容等を出来るだけ具体的に記載ください)

2. 実施希望日

3. 請求手数料

利用目的の通知、開示請求の場合のみ1件につき210円が必要です
(郵送による通知をご希望の場合は郵送料が加算されます)

この処理欄には記入しないでください				備考
受付年月日	平成 年 月 日	担当課		
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> ()			