開示等請求書

（保有個人データ・第三者提供記録の開示等の請求）

株式会社エスアイ総合研究所　個人情報保護管理者　宛

請求日：　　年　　月　　日

私は、貴社が保有する私の個人情報について、次のとおり請求します。

1. 請求者（ご本人）

ふりがな	
氏名	
生年月日	年　　月　　日
住所	〒
電話番号	
電子メールアドレス	

2. 代理人による請求の場合（ご本人が請求する場合は記入不要）

代理人の区分	☐ 法定代理人（未成年者の親権者、成年後見人など）　☐ 任意代理人（ご本人が委任した代理人）
ふりがな／氏名	
住所	〒
電話番号／電子メール	
ご本人との関係	

3. 請求の内容（該当するものに✓をつけてください）

✓	請求の種類	手数料
☐	利用目的の通知	1,000 円
☐	開示（保有個人データ）	1,000 円
☐	第三者提供記録の開示	1,000 円
☐	内容の訂正・追加・削除	無料

☐	利用の停止・消去	無料
☐	第三者への提供の停止	無料

4. 請求の対象となる個人情報

当社とのご関係（例：お問い合わせ、採用応募、調査へのご協力、お取引先担当者など）、時期、個人情報の項目などを、できるだけ具体的にご記入ください。

5. 訂正・追加・削除、利用の停止・消去、第三者への提供の停止を請求する場合

請求する内容	（例：住所を「〇〇」に訂正してほしい）
請求の理由	

6. 開示の方法（開示を請求する場合）

☐ 電子メール（電磁的記録の提供）　　☐ 書面（郵送）

7. 添付書類（該当するものに✓をつけてください）

☐	ご本人の本人確認書類の写し（運転免許証、パスポート、在留カード又は特別永住者証明書、健康保険の資格確認書のいずれか 1 点）
☐	【任意代理人の場合】ご本人が署名・押印した委任状（最終ページの委任状様式をご利用いただけます）
☐	【法定代理人の場合】戸籍謄本など、法定代理権を確認できる書類
☐	【代理人の場合】代理人ご本人の本人確認書類の写し

ご注意

・本請求書と添付書類は、電子メール（pms@si-soken.jp）あてにお送りください。

・本籍地は塗りつぶしてください。健康保険の資格確認書は、保険者番号及び被保険者等記号・番号を塗りつぶしてください。

・マイナンバーカードは本人確認書類としてお受けしていません。マイナンバー（個人番号）が記載された書類は送付しないでください。

・手数料が必要な請求の場合は、受付後に振込先をご案内します（銀行振込。振込手数料はご本人のご負担となります）。

・ご本人確認及び手数料の確認後、7 営業日以内に回答します。

・ご記入いただいた個人情報は、本請求への対応のためにのみ利用します。ご提出いただいた書類は、回答が完了した日から 6 か月保管した後、適切な方法で廃棄します。

【当社記入欄】

受付日	受付番号	本人確認	手数料確認	回答日	担当者

委　任　状

株式会社エスアイ総合研究所　個人情報保護管理者　宛

私は、次の者を代理人と定め、貴社が保有する私の個人情報に関する開示等の請求（以下に✓をつけたもの）及びこれに関する一切の権限を委任します。

代理人

氏名	
住所	〒
電話番号	

委任する請求の内容

☐ 利用目的の通知　　☐ 開示（保有個人データ）　　☐ 第三者提供記録の開示 ☐ 内容の訂正・追加・削除　　☐ 利用の停止・消去　　☐ 第三者への提供の停止

委任者（ご本人）

委任日	年　　月　　日
氏名（自署）	印
生年月日	年　　月　　日
住所	〒
電話番号	

※委任状には、ご本人の本人確認書類の写しと、代理人ご本人の本人確認書類の写しを添えてください。