

お客様各位

個人情報 訂正等請求書について

次ページ以降に必要事項をご記入いただき、所定の書類を添付の上、弊社「保有個人データの開示等の請求窓口」へ一般書留にてご郵送ください（郵送料は請求者様の負担となります）。なお、請求対象者様の個人情報を保有していない、またはご請求内容の処理ができないことがあります。それらの場合、郵送料の返金はできかねます。あらかじめご了承ください。ご請求内容の処理を行った場合、行わなかった場合いずれの場合もその旨通知いたします。

太線内は必須記載事項となりますので、ご記入もれのないようご注意ください。

この書面にて収集する個人情報は、個人情報保護法に基づく開示請求等への対応の目的にのみ利用します。

【送付先】

〒102-0083

東京都千代田区麹町 5-3-3 麹町 KS スクエアビル 7F

保有個人データの開示等の請求窓口

株式会社ライトワークス

個人情報 訂正等 請求書

年 月 日

■ 請求対象者を特定するための情報

(ご本人以外への個人情報の請求処理を防ぐため、太枠内はすべてご記入ください。)

フリガナ	
氏名	印
生年月日 (西暦)	年 月 日
住所	〒 -
ご連絡先電話番号	() - *日中ご連絡できる電話番号をご記入ください。 *日中ご連絡できない場合には、手続を開始できない場合がありますのでご注意ください。
弊社とのご契約状況 (該当項目にレ)	<input type="checkbox"/> 契約中 <input type="checkbox"/> 解約済 <input type="checkbox"/> その他 ()
本人確認書類 (該当項目にレ)	※個人契約の方【学生証を除く、現住所記載の書類のコピー 2 点】 <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"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード (マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 ※法人契約の方【所在、在籍の確認できる書類のコピー 3 点】 <input type="checkbox"/> 法人確認のための書類いずれか 1 点 (印鑑証明書、登記簿謄 (抄) 本、現在 (履歴) 事項証明書) <input type="checkbox"/> 申込担当者の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 申込担当者在籍確認書類いずれか 1 点 (社員証、名刺、健康保険証 (社名記載有))

■ 請求対象者（法定代理人、委任による代理人）の情報

（請求する人が代理人となる場合のみご記入ください。）

フリガナ		
氏名	印	
生年月日（西暦）	年	月 日
住所	〒 -	
ご連絡先電話番号	() -	
	*日中ご連絡できる電話番号をご記入ください。 *日中ご連絡できない場合には、手続を開始できない場合がありますのでご注意ください。	
請求対象者との関係 （該当項目にレ）	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他（)	
請求対象者の代理権があることを確認する書類 （該当項目に）	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本（請求対象者ご本人が未成年者である場合） <input type="checkbox"/> 代理人が本人の後見人であることの成年後見登記の登記事項証明書（請求対象者ご本人が成年被後見人である場合）
	委任による代理人の場合	<input type="checkbox"/> 請求対象者ご本人の印鑑証明書
本人確認書類 （該当項目にレ）	<p>※個人契約の方【学生証を除く、現住所記載の書類のコピー 2 点】</p> <p><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"/>身体障害者手帳 <input type="checkbox"/>学生証</p> <p><input type="checkbox"/>個人番号カード（マイナンバーカード） <input type="checkbox"/>療育手帳 <input type="checkbox"/>精神障害者保健福祉手帳</p> <p><input type="checkbox"/>外国人登録証明書 <input type="checkbox"/>年金手帳</p> <p>※法人契約の方【所在、在籍の確認できる書類のコピー 3 点】</p> <p><input type="checkbox"/>法人確認のための書類いずれか 1 点 （印鑑証明書、登記簿謄（抄）本、現在（履歴）事項証明書）</p> <p><input type="checkbox"/>申込担当者の本人確認書類</p> <p><input type="checkbox"/>申込担当者在籍確認書類いずれか 1 点（社員証、名刺、健康保険証(社名記載有)</p>	
回答の送付先	〒 - （記載のない場合、記載済住所（請求者が代理人の場合は代理人の住所）に送付）	

■ 請求対象の処理の種類

それぞれご希望の処理について、具体的にご記入ください。

	訂正項目	内容（訂正前）	内容（訂正後）	訂正請求理由
訂正				
追加	追加内容		追加請求理由	
削除	削除内容		削除請求理由	

※ 回答には2週間程度のお時間をいただきます。あらかじめご了承ください。