

個人情報の開示等請求書

株式会社フォーシーズ

個人情報の開示等ご請求受付係 行

私は、個人情報登録の内容について、必要書類を添えて下記の事項を請求します。

記

* 以下の内容について、ボールペンでご記入ください。

ご請求年月日	年 月 日
フリガナ	
お名前	○印
ご登録住所	〒 ー
お電話番号	ー ー (ご登録のご連絡先)
	ー ー (上記以外の日中のご連絡先)
ご登録e-mail アドレス	@
個人情報を提供いただいた経緯 *該当項目の□に「レ」をつけて必要事項をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 当社の店舗のご利用 (ブ ラ ン ド 名 及 び 店 舗 名 :) <input type="checkbox"/> 会員登録 (登 録 先 ブ ラ ン ド 名 :) <input type="checkbox"/> その他 下記に具体的にご記入ください。 :
ご請求の内容 *該当項目の□に「レ」をつけて必要事項をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 利用停止または消去 詳細をご記入ください。 :
回答方法のご指定	<input type="checkbox"/> 指 定 す る (ご 記 入 く だ さ い :) <input type="checkbox"/> 指定しない
本人確認書類 *該当項目の□に「レ」をつけてください。	●ご本人の場合 (いずれか1点のコピー) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> 各種健康保険証資格 <input type="checkbox"/> 各種年金手帳 <input type="checkbox"/> 在留カードまたは特別永住者証明書
	●代理人の場合 (下記いずれか1点と代理人の本人確認書類 (上記) 1点) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (抄本) <input type="checkbox"/> 健康保険証コピー <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状及び印鑑証明書 (押印に使用したもの)

*回答方法のご指定がない場合、書面回答とし、本人確認書類に記載の住所宛てに郵送いたします。