

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ・スミス
個人情報相談窓口 宛

個人情報開示／利用目的通知申請書(法定代理人による申請)

申告者(法定代理人)は申請者(本人)に代わり、貴社が保有する個人情報のうち、申請者に関する個人情報の開示、利用目的の通知を申請します。

1. 申請者(本人)(本人確認のために必要な情報です。印は、実印を押印して下さい。)

お名前:		印
ご住所:	〒	

2. 申告者(法定代理人)(本人確認のために必要な情報です。印は、実印を押印して下さい。)

お名前:		印
ご住所:	〒	

3. 申請内容(該当項目の□にチェックして下さい。)

<input type="checkbox"/> 個人情報の開示(すべての項目にご回答下さい。)
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知(4.~6. へのご回答は不要です。)

4. 対象サービス等(個人情報を特定するために必要な情報です。)

本申請の対象となる個人情報をご提供いただいた商品やサービス、イベント等(以下、「サービス等」という。)の名称を具体的にご記入下さい。なお、具体的名称がご不明の場合には、下記(ア)及び(イ)についてご回答下さい。

サービス等名	
上記の具体的名称がご不明の場合には、下記についてご回答下さい。	
(ア)どのような内容のサービス等でしたか？	
.....	
(イ)いつ頃／どのような手段・場所で、ご提供いただきましたか？	

5. 過去にご提供いただいた情報(個人情報を特定するために必要な情報です。)

4. のサービス等へご提供いただいたと思われる個人情報(サービス等において現在保有していると思われる情報)を可能な限り列挙して下さい(電話番号:03-xxxx-xxxx、会社名等:〇〇株式会社 等)

--

6. 申請対象

本申請の対象となる情報(開示を希望される情報)にチェックを付けて下さい。

<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> メールアドレス
<input type="checkbox"/> 勤務先等名	<input type="checkbox"/> 役職		
<input type="checkbox"/> その他の情報(具体的にご記入下さい。)			
(_____)			

7. 申請に関するご確認

本申請に関するご確認のために、1. にご記入いただいたご住所宛にて当社からご質問・ご連絡させていただく場合があります。郵送以外の手段をご希望の方は、下記該当項目の□にチェックし、必要事項をご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 電子メール:メールアドレス	(_____)
<input type="checkbox"/> 電話:連絡先電話番号	(_____)
<input type="checkbox"/> 郵送:代理人ご住所	(2. のご住所)

8. 同封物

同封物に不備がないかをご確認の上、該当するものにチェックを付けて下さい。なお、本籍地の情報が含まれる場合は、当該箇所を塗りつぶした上でご提出下さい。

①	申請者(本人)の公的身分証明書 コピー不可なもの ※1 : <input type="checkbox"/> 住民票の写し コピーでよいもの ※2 : <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証	いずれか1通
②	<input type="checkbox"/> 代理人の印鑑証明書の原紙	1通
③	代理人が本人の法定代理人であることを証するための資料 <input type="checkbox"/> 親権者の場合:申請者(本人)の戸籍抄本の原紙※1 <input type="checkbox"/> 親権者の場合:扶養家族が記載された健康保険証のコピー※2 <input type="checkbox"/> 後見人の場合:後見登録の登記事項証明書の原紙※1 <input type="checkbox"/> 後見人の場合:裁判所の選任決定書のコピー <input type="checkbox"/> その他の証明書類(_____)	いずれか1通
④	法定代理人の公的身分証明書 コピー不可なもの ※1 : <input type="checkbox"/> 住民票の写し コピーでよいもの ※2 : <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証	いずれか1通
⑤	<input type="checkbox"/> 手数料(1つの申請につき、1,000円(税込)相当額の郵便切手)	

※1 発行から3ヶ月以内のもの ※2 有効期限内のもの

※3 ③より④についても確認ができる場合には、④を省略できるものとします。

※開示等の求めに伴い取得した個人情報について

開示の求めに際して株式会社NTTデータスミスが取得しました個人情報については、開示等の求めへの対応のためにのみ取り扱うものとします。