

個人情報開示等申請書

年 月 日

株式会社ジャパンEAPシステムズ

開示・相談窓口責任者 殿

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 請求事項 該当する1箇所にチェックをつけてください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 開示 | <input type="checkbox"/> 訂正 | <input type="checkbox"/> 追加 | <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 |
| <input type="checkbox"/> 削除 | <input type="checkbox"/> 消去 | <input type="checkbox"/> 利用の停止 | <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 |
| 請求内容 請求の具体的な内容（期間等）をご記入ください。 | | | |
| | | | |

| | | | |
|-----------|---|------|------|
| 本人 | | | |
| ふりがな | | 生年月日 | (西暦) |
| 氏名 | | 電話番号 | |
| メール | ※回答方法がメールの場合は必ずご記入ください | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 本人確認書類 | 下記のいずれかを送付してください。※本籍地が記載されている場合は、黒く塗りつぶしてください。 <input type="checkbox"/> 運転免許証コピー <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証コピー <input type="checkbox"/> パスポートコピー | | |

| | |
|-------------------------|---|
| 代理人（法定代理人・委任代理人） | |
| 氏名 | |
| 住所 | 〒 |
| 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 親族 続柄（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 代理人本人の確認書類 | 下記のいずれかを送付してください。※本籍地が記載されている場合は、黒く塗りつぶしてください。 <input type="checkbox"/> 運転免許証コピー <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証コピー <input type="checkbox"/> パスポートコピー |
| 法定代理人の必要書類 | 下記のいずれかを送付してください。 <input type="checkbox"/> 裁判所が決定した旨がわかる書面のコピー <input type="checkbox"/> 戸籍謄本・抄本等、開示等対象者本人との続柄がわかる公的書面のコピー |
| 委任代理人の必要書類 | 委任状 |

記録の開示に対し、次の通り料金を定めています。

| | |
|--|--------------|
| 請求に関する手数料 ※手数料の徴収は「利用目的の通知」「開示」に限定されます。 | |
| A：相談日・相談方法のみ | 1,000円分の郵便切手 |
| B：相談日・相談方法・本人の相談内容（20件以内） | 3,000円分の郵便切手 |
| C：相談日・相談方法・本人の相談内容（50件以内） | 4,000円分の郵便切手 |

必要な本人確認書類（代理人確認書類）等を添付の上、弊社指定の宛先までご郵送ください。

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 回答方法 どちらか選択してください | <input type="checkbox"/> 郵送 | <input type="checkbox"/> メール |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|

※回答には受領した日から3週間程度の日数を要します