受付番号　　（　　ー　　）
申込書発送日　　年　　月　　日
申込書受付日　　年　　月　　日

# 個人情報開示申込書

出光保険サービス株式会社　　御中

貴社における個人情報を確認したく開示を下記のとおり申込みます。

記

1. 開示申込者

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏名 | フリガナ | 印 | 開示対象者との関係 | 本人・親権者・ 後見人・弁護士・その他 |
| 住所 | 〒 | | 連絡先電話番号 | |

2. 開示対象者（開示申込者と開示対象者が同じ場合には、開示対象者欄にも同じ内容をご記入下さい。）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 本人氏名 | フリガナ | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　年　月　日 |
| 現住所 | 〒 | | | 電話番号 | |
| 勤務先 | | | | 勤務先電話番号 | |

3. 開示をご希望される項目（該当項目に☑をおつけ下さい。）

☐ご住所，　☐お名前，　☐ご年齢，　☐性別，　☐郵便番号，　☐ご住所，
☐お電話番号（ご自宅・携帯），　☐Eメールアドレス，　☐ご職業，　☐お役職

※開示する情報は、当社が保有するあなた様の保有個人データの内，客観的な事実に限らせていただきます。

4. 申込理由（該当項目に☑をおつけ下さい。）

☐開示対象者に関する個人情報の客観的内容を確認するため。
☐その他（　　）

5. 添付資料（該当項目に☑をおつけ下さい。）

☐印鑑証明書（交付日より3か月以内のもの），☐開示手数料（定額小為替又は郵便切手で）
☐返信用封筒（開示申込者が送付先を記載されたもの），☐代理人委任状，

以 上