

(別紙1)

管理番号： -

保有個人データ（開示・訂正・削除）請求書

年 月 日

株式会社美浜フーズ
個人情報等受付窓口行

貴社における個人情報の有無及び登録の内容について、必要書類を添えて開示を請求します。
また私が、この請求書及び本人確認の為に提出した書類に記載された個人情報を、貴社が利用目的通知請求への対応及び本人確認の為に利用する事を同意します

【太枠内の項目を必ずボールペンではっきりとご記入ください。】

請求人	フリガナ	
	氏名	
	電話	()
	住所	〒 - 都道府県
代理人 (代理人が請求する場合のみ記入)	フリガナ	
	氏名	
	電話	()
	住所	〒 - 都道府県
請求種類(*)	保有個人データの <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 内容の訂正 <input type="checkbox"/> 内容の追加・削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	
美浜フーズとの関係 (お取引の内容等)		
請求種類が訂正・追加・削除の場合	請求種類	訂正前の内容
	内容の訂正	訂正後の内容
	内容の追加・削除	追加・削除する内容

本人確認書類等(*)

本人確認	代理人(法定代理人)	代理人(本人委託による)
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 *いずれか2通(コピー)	①法定代理人であることの資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 () *いずれか1通 ②法定代理人の公的書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 () *いずれか1通(コピー)	①当社所定の委任状：1通 ②本人の印鑑証明書：1通 ③代理人の公的書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 () *いずれか1通(コピー)

(*) 請求種類、本人確認書類等の□に✓を入れてください。