

年 月 日

株式会社 DTS WEST 御中

個人情報問合せ・請求依頼書(開示)

※下記の必要事項を記入いただき、下記送付先までご郵送ください。

なお、開示手数料として 500 円分の切手をご同封ください。

送付先: 〒604-8223 京都市中京区新町通錦小路下る小結棚町444京都四条新町ビル

株式会社 DTS WEST 個人情報保護推進事務局

太枠内は必須記載事項となります。ご記入漏れのないようご注意ください。

| | | |
|---------------------|---------------------------|------------|
| 弊社が取得させていただいたご本人の情報 | ふりがな | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| | 住所 | 〒□□□□—□□□□ |
| | 電話番号 | () — |
| | メールアドレス お持ちの方のみご記入ください | |

ご通知先が上記と異なる場合のみご記入ください。

| | |
|------|------------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 住所 | 〒□□□□—□□□□ |

下記のいずれかを同封してください

運転免許証のコピー 健康保険証のコピー 年金手帳のコピー 住民票の写し

パスポートのコピー 外国人登録証明書のコピーのいずれか

※通知先の住所が弊社の保有するご本人の情報と異なる場合は、住民票の写しが必要です。

※通知先の氏名がご本人と異なる場合には、上記に加えてご本人からの委任状が必要です。

お手数ですがご依頼に的確にお答えするために、以下の内容をご記入ください。

開示を依頼される項目に： をつけてください。

お名前 ご住所 お電話番号 FAX番号 メールアドレス

生年月日 性別

その他:具体的な内容をご記入ください。

どのようなときに弊社があなたの個人情報を取得させていただいたかをご記入ください。