

年 月 日

株式会社 DTS WEST 御中

個人情報問合わせ・請求依頼書(訂正等)

※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。

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。

注) 該当するご請求内容に をつけ各欄にご記入ください。

<input type="checkbox"/> 訂正 ご本人の情報を訂正します	項目	訂正前の内容	訂正後の内容	理由
<input type="checkbox"/> 追加 ご本人の情報に新たに追加します	項目	追加する内容		理由
<input type="checkbox"/> 削除 ご本人の情報の一部を削除します	項目	削除する内容		理由
<input type="checkbox"/> 利用停止 ご本人の情報の利用を停止します	停止する利用方法			理由
<input type="checkbox"/> 消去 ご本人の情報を全て消去します	理由			
<input type="checkbox"/> 第三者提供停止 ご本人の情報を第三者に提供することを停止します	提供停止する第三者			理由
<input type="checkbox"/> 共同利用停止 ご本人の情報を共同で利用することを停止します	利用停止する共同利用先			理由