

年 月 日

ニューテック株式会社 御中

## 個人情報開示依頼書

※下記の必要事項を記入いただき、下記宛ご郵送ください。

尚、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:

〒221-0031 神奈川県横浜市神奈川区新浦島町 1-1-32 アクアタワー横浜 17F

ニューテック株式会社 個人情報保護担当

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。

【当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<br>(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  | 〒□□□-□□□□ |

ご本人からの依頼であることを確認させていただくため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  
☐会員証のコピー ☐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

※回答の通知先住所が当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。

※回答の通知先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。

※同封いただいた書類はご本人であることを確認するためだけに利用し、回答と一緒に返却いたします。

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 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> お名前 <input type="checkbox"/> ご住所 <input type="checkbox"/> お電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス<br><input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別<br><input type="checkbox"/> クレジットカード番号 <input type="checkbox"/> ユーザーID<br><input type="checkbox"/> 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、私ども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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |
| 弊社使用欄※ご記入いただく必要ございません。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |