

〒175-0094  
東京都板橋区成増1-14-15-101

株式会社ヘルスファミリー  
個人情報問合せ窓口 行

### 個人情報開示等請求書

本請求書に記載する個人情報は、貴社が本人確認のみに利用することを同意して、開示対象個人情報の利用目的の通知、開示、訂正・追加又は削除、利用又は提供の拒否の請求をします。

- 個人情報を登録(資料請求、申込、契約、取引など)された時の状況をお教えてください。

時期	年 月 日 頃 ※お分かりになる範囲で結構です

- 開示(利用目的の通知を含む)の場合、そのご請求内容をご記入ください。

--

- 訂正(追加・削除を含む)の場合、必要事項を記入してください。

訂正の 内容	訂正前	➔	訂正後

- 利用の停止、消去又は第三者への提供の停止の場合、下記より選択してください。

	<input type="checkbox"/> 利用の停止	<input type="checkbox"/> 情報の消去	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止
理由	(差支えがなければ上記を希望する理由をお書き下さい。)		

- 請求者情報

ご本人様	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒 -
	電話番号	

代理人様	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒 -
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任による代理人
	委任状	<input type="checkbox"/> ご本人様自署の委任状および印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 親権者などの法定代理人の場合は、本人との関係がわかる書類( ) ※上記のうちひとつ
本人確認 資料	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証 ※上記のうちひとつ ※コピーは本籍地を塗りつぶしたものをご用意下さい。	

- 手数料について

500円の郵便定額小為替を本請求書に添えてください。 ※利用目的の通知および開示に関わる場合のみ