

個人情報開示等要求書

- ・下記必要事項を記入し、弊社までご郵送ください。
- ・ご本人様確認のため下記連絡先にお電話させていただくことがありますのでご了承ください。

ご依頼日			
ふりがな 氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人（※別途委任状が必要です）	
住所			
Tel		Fax	
E-mail			
ご依頼内容	依頼対象となる個人情報の概要		
	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 自己の情報の利用目的を通知してください。 <input type="checkbox"/> 開示 自己の情報を開示してください。 <input type="checkbox"/> 訂正（追加・不要な情報の削除を含む） 自己の情報を修正してください。 <input type="checkbox"/> 利用の停止 自己の情報の利用を停止してください。 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 自己の情報の第三者提供を停止してください。 <input type="checkbox"/> 消去 自己の情報を消去してください。		
	依頼内容の詳細		
その他	依頼の理由		

送付先： 株式会社メディ・ウェブ

個人情報の取扱いに関するお問い合わせ窓口

住所 〒105-0001 東京都港区虎ノ門 4-1-21 葺手(フキデ)第二ビル 2階

Tel 03-6402-4770

E-mail info@mediweb.jp