

保有個人データの内容訂正、追加または削除の請求

株式会社 ガオチャオエンジニアリング
個人情報保護管理者 宛

請求日： 年 月 日

現在、株式会社ガオチャオエンジニアリングで保有する、私に係わる保有個人データの内容訂正、追加または削除を、本日、以下記載の内容で請求いたしますので、ご査収願います。
尚、請求者本人を証明する書類として、別添の通り「証明書の写し」を添付いたします。

◆ I. 請求される方を以下の欄に記入願います（漏れなくご記載ください）

フリガナ (フリガナ)		印	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅
氏名				<input type="checkbox"/> 携帯
御自宅住所	〒			<input type="checkbox"/> 勤務先
勤務先住所	〒			
勤務先名		部署名		

※ 同姓同名の場合がありますので、できるだけ勤務先・部署名をご記入願います。
ご記入頂けなく同姓同名が存在した場合には、再度のご本人様のご確認をさせて頂くこととお時間がかかることをご承願います。
※ 本請求に関する個人情報は、回答以外に使用いたしません。

◆ II. ご本人を証明する書類として以下のいずれかの写しをお送り願うと共に、書類のチェック欄に記入願います。

<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他証明可能なもの ()
--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	---

(お名前・ご住所以外の項目は塗りつぶしてください。)

◆ III. 請求される内容・対象を以下の欄に記入願います

請求内容	今回請求される内容を、以下の項目よりチェック欄にご記入願います (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 内容の訂正 <input type="checkbox"/> 内容の追加 <input type="checkbox"/> 内容の削除
	今回請求される訂正、追加、削除の具体的内容を、以下にご記入願います ()
	今回請求される理由を、以下にご記入願います <input type="checkbox"/> 内容が事実でない <input type="checkbox"/> その他 ()
対象	当社と取引させて頂いている又は過去取引されたのは次の内いずれかに該当しますか。 該当するものがありましたらすべてのチェック欄に記入願います。
	<input type="checkbox"/> 当社担当者との名刺交換 <input type="checkbox"/> フェア来場 <input type="checkbox"/> スクール利用 <input type="checkbox"/> 当社と保守契約、業務契約等の締結 <input type="checkbox"/> たのめーる利用 <input type="checkbox"/> ホテル利用 (<input type="checkbox"/> 一宮シーサイドオーツカ <input type="checkbox"/> いじか荘 <input type="checkbox"/> 琵琶レイクオーツカ <input type="checkbox"/> ニューさがみや) <input type="checkbox"/> その他 (なるべく具体的にご記入願います) ()

ご注意事項 (必ずお読み下さい)

※ 例えば「貴社の保有する私の個人データを全部」というような包括的な記載については、請求に応じかねる場合がございます。
※ お客様からの請求内容が完了後、当社から実施完了済みのご回答をさせていただきます。
※ ご本人を証明する書類として、運転免許証、健康保険の被保険者証、パスポート等いずれかの控え（写し）が必要な場合があります。
(現住所・氏名が確認できるもの) その場合は、お手数ですが、ご本人を証明する書類は、本請求書裏面に糊付けにてお貼り下さい。尚、確認後、頂きましたご本人を証明する書類は当社が責任をもって速やかに機密廃棄処理致します。
※ 当社からの回答は、おおそ1週間～2週間の期間を頂戴しておりますので、予めご了承願います。

..... <以下は、当社記入欄につき記載無用に願います>

受付日時	年 月 日	受付No.	—
確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他証明可能なもの ()	担当部署	
	対応内容	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者
回答日	年 月 日	印	印
備考			