

保有個人情報開示・訂正等請求の方法

内容 当社の情報システムに記録されている個人情報の開示・訂正等を請求する場合の様式です。請求できる人は、当社の情報システムに記録されている個人情報の本人または法定代理人、当社が認める任意の代理人です。

提出書類 (様式、添付書類) ●保有個人情報の開示・訂正等請求書

1. 本人であることを確認できる書類（運転免許証、旅券、健康保健の被保険者証、年金手帳・証書など）が必要です。なお、写真が貼付されていない書類の場合は、複数提示してください。

2. 法定代理人が請求される場合は、法定代理人の上記1の書類のほか、その資格を証明する書類（戸籍謄本、登記事項証明書等）が必要です。

3. 任意の代理人が請求される場合は、任意の代理人の上記1の書類のほか、その資格を証明する書類（委任状等）と本人が請求できない特別の理由があることを証明する書類（診断書等）が必要です。

4. 郵送する場合、封筒に朱書きで「開示等請求書類在中」とお書き添え下さい。提出書類に本籍地等の機微な情報の記載がある部分は、塗りつぶして下さい。

注意事項 請求書の記載方法や手続きについてわからない点がありましたら、担当窓口にお問い合わせください。

※ファックス、電子メールによる請求はできません。

問い合わせ・提出先 大分ケーブルテレコム株式会社
個人情報保護対策室（個人情報担当窓口）
電話：097-542-7880

受付時間 午前 9時30分～午後18時00分
ただし、土・日曜日、国民の祝日、年末年始は除く。

保有個人情報の開示・訂正等請求書

平成 年 月 日

大分ケーブルテレコム株式会社
個人情報保護管理者 様

(請求者)

住 所： 〒 _____

氏名または名称： _____ 印

連絡先電話番号： _____

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第26条第1項、第27条第1項又は同条第2項及び第29条第1項並びに電気通信事業における個人情報保護に関するガイドライン(平成16年総務省告示第695号)第17条第3項及び第19条第1項の規定に基づき、貴社が保有する下記記載の本人の「個人情報」の内容の開示、訂正、追加若しくは削除又は利用の停止を求めます。

1 請求の分類 (請求する事項を選択して下さい。)

<input type="checkbox"/> 開示 [手数料 525 円の支払い方法： <input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 銀行振り込み	<input type="checkbox"/> 現金書留]
<input type="checkbox"/> 訂正	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 削除
	<input type="checkbox"/> 利用の停止	<input type="checkbox"/> 消去

2 対象とする個人情報 (請求する事項を選択して下さい。)

<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 生年月日	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 電話番号
<input type="checkbox"/> 勤務先名	<input type="checkbox"/> 電子メールアドレス	<input type="checkbox"/> 口座番号と名義	<input type="checkbox"/> サービスの内容	
<input type="checkbox"/> その他 (_____)				

3 当該措置を求める理由 (対象の個人情報を選択して下さい。)

<input type="checkbox"/> 内容が事実でないため	<input type="checkbox"/> 保存期間が経過しているため
<input type="checkbox"/> 目的外 (_____) に利用されているため	
<input type="checkbox"/> 自分の同意なく第三者に提供されているため	
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

4 開示・訂正等の方法、区分 (該当するものにレ印を記入ください)

開示・訂正等の方法： <input type="checkbox"/> 写しの交付	<input type="checkbox"/> 写しの郵送を希望
区 分： <input type="checkbox"/> 未成年者 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)	<input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 委任者

この処理欄には記入しないでください		備考
受付年月日	平成 年 月 日	
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 戸籍 (法定代理人、相続人等) <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※写真無き場合は複数提出下さい。 コピーを取得する時は、機微情報を塗りつぶすこと。	