

【開示等の求めの申出宛先】

株式会社リーフサイン 御中

[申出の日付]

[開示等の求めを行う者]

本人：本人の氏名を記入してください。

代理人：代理人申出の場合は記入してください。

私、は、日本工業規格 JISQ15001：2006 の 3.4.4.1 の規定に基づき、私本人が識別される開示 対象個人情報について、次のとおり、開示等の求めを行ないます。

【開示等の求めの種類】： 求めの対象となる事項に○を付けてください。

利用目的の通知 開示 内容の訂正、追加または削除 利用の停止 消去
 第三者への提供の停止

【開示等の求めの内容】： 上記で指定した事項の内容を、何をどうすることが必要か具体的に書いてください。

【開示等の求めの方式】： 次のいずれかの方法で「開示等の求めの受付窓口」まで当書面および下記添付書類を提出して下さい。

- FAXによる場合：03-6634-8977
 - 電子メールによる場合：privacy-rs@reliefsign.co.jp
 - 郵送による場合：〒106-0031 東京都港区西麻布1-8-12MPG西麻布ビル
- ※電話による受け付けまたは直接ご来訪してお申し出は、お受けいたしかねます。

【開示等の求めに際しての本人確認の方法】： 免許証の写し、パスポートの写し、その他本人が確認できる証拠の提供が必要です。本人確認のための書類を添付し、提出することに同意し、下欄に記名してください。

同意する 本人氏名： _____

【代理人による開示等の求めの場合、代理人確認の方法】： 本人の委任状および代理人の身分証明となる書類の写し双方の提供が必要です。本人の委任状および代理人の身分証明となる書類の写しを添付・提出することに同意し、下欄に記名して下さい。

同意する 本人氏名： _____

【手数料の徴収の免除】

本人から開示対象個人情報の利用目的の通知を求められた場合、または開示対象個人情報の開示を求められた場合、当面は手数料の徴収は行なわないこととします。

【開示等の求めの受付窓口】

株式会社リーフサイン 個人情報保護推進チーム
〒106-0031 東京都港区西麻布1-8-12MPG西麻布ビル
TEL：03-6634-8988 E-mail：privacy-rs@reliefsign.co.jp