

個人情報利用目的の通知・開示・追加・訂正・利用停止、  
第三者提供記録の開示の申請書

- 株式会社イーエックスディー
- 株式会社エクシードコネクト
- 株式会社エクシード
- 株式会社エクシードクロス

\_\_\_\_\_ 個人情報相談窓口 御中 (該当する会社に☑を入れてください)

私の個人情報の取り扱いについて、以下の通り請求します。

申請日：(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

対象となる本人 (登録内容)	氏名	印	電話	
	住所			
	Email			
代理人	氏名	印	電話	
	住所			
	Email			
代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状 (任意様式。ただし本人の署名・実印による押印、住所、および代理人の氏名・住所の記載は必須) <input type="checkbox"/> 本人の印鑑証明書 <input type="checkbox"/> 代理人の身分を証明する書類 (免許証、パスポート、健康保険証等) 写			

【請求内容】 該当する項目の (チェックボックス) にチェックを記入してください。

<input type="checkbox"/> 利用の目的			
<input type="checkbox"/> 訂 正		旧	新
	氏名		
	住所		
	電話		
	(読み) Email	「0」ゼロ「0」オ等紛らわしい文字は読みをご記入ください 読み	「0」ゼロ「0」オ等紛らわしい文字は読みをご記入ください 読み
その他			
<input type="checkbox"/> 開 示	開示を希望するデータ項目:		
<input type="checkbox"/> 第三者提供 記録の開示	希望する開示方法 (☑): <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵 送 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
<input type="checkbox"/> 利用停止	利用停止を希望する理由		

【弊社記入欄】

本人の確認	基本情報/運転免許証/パスポート/健康保険証/その他 ( _____ ) の写
代理人資格の確認	運転免許証/パスポート/健康保険証/委任状/その他 ( _____ ) の写
受付担当者	受付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	処理日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当者: _____

個人情報の利用目的の通知・開示・追加・訂正・利用停止、  
第三者提供記録の開示の申請書

- 株式会社イーエックスディー
- 株式会社エクシードコネクト
- 株式会社エクシード
- 株式会社エクシードクロス

個人情報相談窓口 御中 (該当する会社に☑を入れてください)

私の個人情報の取り扱いについて、以下の通り請求します。

日付をご記入ください

申請日：(西暦)

年 月 日

対象となる本人 (登録内容)	氏名	宮城 あおば	実印	電話	022-123-4567
	住所	980-0013 仙台市青葉区駅前 1-2			
	Email	XXX-YYY@exd.co.jp			
代理人	氏名	宮城 一郎	認印	電話	
	住所	980-0013 仙台市青葉区駅前 1-2			
	Email	AAA-BBB@exd.co.jp			
代理人確認書類	提出書類に☑してください <input type="checkbox"/> 委任状 (任意様式。ただし本人の署名・実印による押印、住所、および代理人の氏名・住所の記載は必須) <input type="checkbox"/> 本人の印鑑証明書 <input type="checkbox"/> 代理人の身分を証明する書類 (免許証、パスポート、健康保険証等) 写				

【請求内容】 該当する項目の☐ (チェックボックス) にチェックを記入してください。

<input type="checkbox"/> 利用の目的					
訂 正	氏名				
	住所				
	電話				
	(読み) Email	「0」ゼロ「O」オ等紛らわしい文字は読みをご記入ください 読み	「0」ゼロ「O」オ等紛らわしい文字は読みをご記入ください 読み		
	その他				
<input checked="" type="checkbox"/> 開 示	開示を希望するデータ項目: 住所・電話番号				
<input type="checkbox"/> 第三者提供 記録の開示	希望する開示方法 (☑): <input type="checkbox"/> メール <input checked="" type="checkbox"/> 郵 送 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<input type="checkbox"/> 利用停止	利用停止を希望する理由				

【弊社記入欄】

本人の確認	基本情報/運転免許証/パスポート/健康保険証/その他 ( ) の写				
代理人資格の確認	運転免許証/パスポート/健康保険証/委任状/その他 ( ) の写				
受付担当者	受付日:	年	月	日	
	処理日:	年	月	日	担当者: