

請求日： 年 月 日

メールセンター

〒135-0045

東京都 江東区 古石場 2-11-7 1163 号室

GAX マーケティング株式会社

個人情報保護管理責任者 宛

下記のとおり、貴社が保有する個人情報の開示、訂正、利用停止、消去の請求をします。

1. 請求者の情報（該当するものに☑を入れて、以下それぞれご記載ください。）

本人 法定代理人 任意代理

本人氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

代理人指名： _____

住所： _____

電話番号： _____

本人確認書類（以下のいずれかで、同封するものに☑を入れてください。）

運転免許証 住民票の写し 健康保険証 パスポート

代理人確認書類（以下のいずれかで、同封するものに☑を入れてください。）

戸籍謄本又は後見登記事項証明書 委任状及び本人の印鑑証明書

2. 請求の対象となる個人情報（該当するものに☑を入れてください。複数選択可。）

氏名 住所 電話番号・FAX番号 メールアドレス 勤務先・所属先等

その他（以下にご記載ください。）

請求の対象となる個人情報を開示した時期、経緯、状況等（お分かりになる範囲でご記載ください。）

3. 請求の種類（該当するものに☑を入れてください。複数選択可。）

開示 訂正 利用停止 消去

訂正の場合は、下記ご記載ください。

訂正前： _____

訂正後： _____

差支えなければ、開示等を請求する理由をご記載ください。

本開示等請求に伴い取得した個人情報は、当該請求の対応に必要な範囲でのみ取り扱います。