

## 個人情報の開示・訂正等請求書

コープきんき事業連合 専務理事 宛

郵送先および問い合わせ先  
 〒532-0011 大阪市淀川区西中島5丁目13番9号  
 TEL 06-6838-4556  
 コープきんき事業連合 理事会室

コープきんき事業連合が保有している私の個人情報について、下記の事項を請求します。

年 月 日

氏名 : \_\_\_\_\_ ㊟

住所 : \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

(※電磁的記録を請求の場合) メールアドレス : \_\_\_\_\_

(※印は、当てはまるものを○で囲んでください)

請求の対象となる個人情報 (特定するために必要ですので、 わかる範囲でご記入ください)	当会へのご提供:( )年( )月( )日ごろ 提供先部署 ( ) 提供の理由又は 利用の事業 ( )
請求内容 (通知、開示についてはコピー作成と 郵送の費用、電磁的記録を作成 する実費相当分をご負担いただき ます。)	※ 利用目的の通知・開示・訂正等・利用停止・消去・第三者への提供の停止 訂正等の場合 訂正前( )を ※(変更・追加・削除) ↓ 訂正後( )に
結果の報告・通知方法	※ 郵送・電話・電磁的記録・ご来訪による手渡し その他( )
その他、請求に関わる事項	

代理人が請求される場合は以下もご記入ください

代理人の氏名	_____ ㊟
代理人の住所・電話番号	〒 _____ TEL _____
代理人の種類	※ 親権者 ・ 未成年者後見人 ・ 成年後見人 ・ 任意代理人

本人確認のための運転免許証、パスポートなどのコピーと、代理人の場合はそれを示す書面を同封してください。  
 (この請求書と同封資料に記載された個人情報は、本手続き事務のためにのみ利用し、他の目的のために使うことは一切ありません。)

…………… 以下はコープきんき事業連合記入欄ですので、記入しないでください ……………

受け付け部署	部署名	受付日	担当者印	所属長印
本人確認	運転免許証・パスポート・健康保険被保険者証・年金手帳・その他( )			確認者印
代理人確認	戸籍謄本(抄本)・住民票・委任状・その他( )			確認者印
個人情報管理 責任者 確認欄	本人確認 <input type="checkbox"/>	代理人確認 <input type="checkbox"/>	情報の特定 <input type="checkbox"/>	請求内容 <input type="checkbox"/>
	調査の必要 有・無	調査の完了 <input type="checkbox"/>	結果( )	報告 <input type="checkbox"/> ( 月 日)