

〒210-0024

川崎市川崎区日進町1番14号

SWCC 株式会社

戦略本部経営管理部法務グループ

請求年月日： 年 月 日

開示等請求書

本人確認事項	氏名	(ふりがな) ⑩
	連絡先	TEL： FAX： E-Mail：
	住所	〒
	確認書類 (注1)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他の身分証 ()
請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 保有個人データまたは第三者提供記録の開示 <input type="checkbox"/> 保有個人データの訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> その他 ()	
開示の方法	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 電磁的方法 ※電磁的方法を選択された場合でも、多額の費用を要する場合や開示が困難な場合は、書面によって開示させていただく場合がございます。	
請求に係る保有個人データ等の 内容		
当社が保有個人データ等を保有 したと考えられる経緯		
保有個人データ等を保有してい ると考えられる部署 (注2)		
代理人氏名	⑩	
代理権の確認書類 (注1)	<input type="checkbox"/> 任意代理人の場合 <input type="checkbox"/> 成年後見人の場合 <input type="checkbox"/> 本人が未成年の場合	
代理人確認の書類 (注1)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他の身分証明書 ()	

(注1) 添付いただきました書類はご請求の対応のみに利用し、対応が完了した後速やかに廃棄いたします。

(注2) 請求の対象となる保有個人データに係る第三者提供記録を特定するための事項になります。ご記入いただけない場合にはご請求の対応が困難になる場合がございます。