

保有個人データの開示等の手続きのご案内

1. 開示等の範囲

「開示等」とは、「個人情報の保護に関する法律」第2条第7項「保有個人データ」（但し、「1年以内の政令で定める期間以内に消去されることとなるもの以外をいう」旨の例外事項は考慮しません。また、保有個人データだけではなく散在情報についても当社は開示対象と致します。）に定められる個人情報に対して、ご本人及び代理人が以下の請求を行う権利を行使することを指します。

- | | | | |
|------------------|-----|---------------|--------|
| ・利用の目的の通知 | ・開示 | ・内容の訂正、追加又は削除 | ・利用の停止 |
| ・消去および第三者への提供の停止 | | | |

2. 開示等の請求方法

上記の権利行使を行うに際しては、電話にてご請求される場合は、下記に示す窓口へまず電話で請求内容をお伝え下さい。受付完了後、3日以内に所定の請求様式をご指定の住所に郵便で発送させていただきます。書面到着後、必要事項の記載と下記に示す本人確認の証明書の写しを同封の上、ご返信下さい。

また、当社ホームページから入手した「個人情報開示等申請書」にてご請求される場合は、必要事項の記載と下記に示す本人確認の証明書の写しを同封の上、下記に示す窓口へ郵送願います。

3. ご本人確認のための証明書等

開示に際して、ご本人確認を行うため次に示す証明書の写しを請求時に同封ください。

- | | | | |
|---------|--------|-----------------------|-------|
| ・運転免許証 | ・健康保険証 | ・個人番号カード表面又は住民基本台帳カード | ・年金手帳 |
| ・外国人登録証 | ・パスポート | ・印鑑証明書 | ・その他 |

4. 代理人確認のための証明書等

開示に際して、代理人確認を行うため次に示す証明書の写しを請求時に同封ください。

- | | | | |
|---------|--------|-----------------------|----------|
| ・運転免許証 | ・健康保険証 | ・個人番号カード表面又は住民基本台帳カード | ・年金手帳 |
| ・外国人登録証 | ・パスポート | ・印鑑証明書 | ・弁護士登録番号 |
| ・委任状 | | | |
| ・その他 | | | |

5. 開示方法

上記、開示内容及びその他の上記請求につきましては、その請求に対する対処結果を書面にて、送付頂いた本人確認証明書に記述される住所に書留郵便で発送させていただきます。なお、お電話による回答は致しませんのでご了承下さい。

6. 手数料

上記、開示内容及びその他の上記請求につきましては、全額当社負担とし、ご本人及び代理人には請求いたしません。

7. 開示等の請求先

〒104-0033

住 所：東京都中央区新川1-17-24 NFM 茅場町ビル 8F

電話番号：03-5542-3850 FAX：03-5542-3853

株式会社味香り戦略研究所 お客様相談窓口

個人情報 開示等請求書

貴殿からの保有個人データの開示等請求につきましては、下記の内容で当社宛にご請求ください。

ご請求にあたりましては、手続きのご案内に記載のご本人様確認のための証明書の写しを添付ください。

本請求書に記載された貴殿の個人情報及び添付の証明書写しの個人情報は、開示等の請求に関するご連絡及び当社内の本件に対する事務対応にのみ利用いたします。

株式会社味香り戦略研究所

個人情報保護管理者

部長 小柳 道啓

請求日 平成 年 月 日

※□の該当する項目には○印をお付けください

開示請求内容	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	<input type="checkbox"/> 個人情報の追加
	<input type="checkbox"/> 内容の訂正	<input type="checkbox"/> 内容の追加
申請者	<input type="checkbox"/> 内容の削除	<input type="checkbox"/> 利用の停止
	<input type="checkbox"/> 消去	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止
<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 代理
本人	フリガナ お名前	〒(—) TEL
	住所	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード表面又は住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 印鑑証明書
代理人	フリガナ お名前	〒(—) TEL
	住所	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード表面又は住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 印鑑証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 弁護士登録番号() <input type="checkbox"/> その他()
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他()
対象となる個人情報の内容を記載ください。		
訂正・追加の事項、削除の場合は削除の範囲を記載ください。		