

個人情報相談受付／回答記録

年 月 日

相談者氏名： _____ (本人 ・ 代理人)

住 所： _____

電話番号： _____

※相談者が代理人の場合

本人氏名： _____

本人住所： _____

電話番号： _____

個人情報に関する相談内容：

- 利用目的の通知
開示請求 訂正 追加 削除 利用・提供の停止 消去
第三者への提供の停止
第三者提供記録の開示
その他の苦情・相談（具体的に記入： _____）

利用目的の通知／開示／訂正／追加／削除／利用の停止／消去／第三者提供の停止／
第三者提供記録の開示の求めをおこなう個人情報の内容

利用目的の通知／開示／訂正／追加／削除／利用の停止／消去／第三者提供の停止／
第三者提供記録の開示の求めをおこなう理由

上記に記載しきれない場合は、別紙を添付してください。

ご記入頂きました個人情報は、ご相談内容の確認、回答、関係者への連絡 及び 今後の弊社サービスの改善以外の目的には使用いたしません。また、ご相談に応じるために必要な範囲で、既に個人情報を提供している第三者、委託先にご相談内容を連絡することがございます。ご記入頂いた個人情報に関するお問い合わせは、下記の窓口へお願いします。

【登録管理ネットワーク株式会社 個人情報相談窓口】

TEL：03-4560-4000 FAX：03-4560-4080

弊社記入欄 : 個人情報相談窓口→関連部門→個人情報保護責任者	
本人確認の方法 <input type="checkbox"/> 写真付身分証明書の提示 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入） 相談者が代理人である場合 <input type="checkbox"/> 法定代理人（保護者を含む）・・・身分証明書等での確認 <input type="checkbox"/> 委任を受けた代理人・・・・・・・・委任状の確認	受信者
関連部門の回答 回答年月日： 年 月 日 回答内容 (回答した文書の添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 当該個人情報の受領者（当社以外の第三者）の有無（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	回答者
個人情報保護責任者 承認年月日： 年 月 日 コメント：	承認印
社長 承認年月日： 年 月 日	承認印