

個人情報利用停止等請求書

平成 年 月 日

味の民芸フードサービス株式会社 個人情報取扱責任者 宛

請求者	住所（利用停止等報告書送付先） 〒	
	氏名 印	電話番号

個人情報保護法第 27 条の規定により、次のとおり個人情報の利用停止等を請求いたします。

利用停止、消去を 求める箇所			
請求者の区分（□に レ印をお付けください）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 本人が委任した任意の代理人		
本人の氏名・住所・ 電話番号・生年月日 （代理人が請求の場 合に記入）	住所 〒		
	生年月日 年 月 日	性別（該当する方に○印をお付けください） 男 ・ 女	
	氏名	電話番号	
本人確認 （同封書類の□に レ印をお付けください）	<input type="checkbox"/> 運転免許証コピー <input type="checkbox"/> パスポートコピー <input type="checkbox"/> 健康保険証の被保険者証コピー <input type="checkbox"/> その他（ ）		
代理人確認 （同封書類の□に レ印をお付けください）	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

《ご注意》

- 請求時の郵送料は請求者負担（宛先住所： ）
- 提出書類に不備があった場合
- 利用停止等報告書の返送について

当 社 処 理 欄（記入しないでください）				
利用停止等請求書	受付 No.		受付年月日	年 月 日
利用停止等報告書	依頼年月日	年 月 日	送付年月日	年 月 日
	発行 No.		資料保管期限	年 月 日
	発行者 サイン		確認者 サイン	