

# 個人情報開示申込書(記入例)

記入漏れがある場合、受付できませんので漏れのないようご確認ください。

ルミネリーメディカル株式会社 行

私は、個人情報登録の有無及び登録の内容について必要書類を添えて開示を申込みます。  
<枠内の項目を必ずボールペン(自筆)で、はっきりとご記入ください。>

本人	フリガナ	コジシ・ジヨウ	性別	男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	55年 5月 5日
	お名前	個人 丈					
	現住所	〒171-0021 東京都豊島区西池袋2-29-19					
	お電話番号	03-1234-5678	ご連絡先				
	転居、市区町村の合併等により、住居表示が変更されている場合には変更前のご住所をご記入ください	〒 -					

開示を希望される項目に○をつけてください。また該当する場合には( )を埋めてください。

登録氏名

登録住所

登録電話番号

登録携帯電話番号

登録メールアドレス

その他( )

押印のない場合はご返答いたしかねますので、確認をお願いいたします。

ご署名 個人 丈

個人 丈

ルミネリーメディカル株式会社 よりお客様へのご案内

ご提出いただいた、本申込書・ご本人様確認書類等の証明書類については当社所定の方法により適切に処分いたします。  
本申込書・本人確認書類等の証明書類については返却いたしませんので、あらかじめご了承ください。  
本申込書をもってお申し出いただいた場合であっても、当社で保有していない情報についてはお答えいたしかねます。  
また、法令等の制限によりお申し出に応じられない場合もございますのでご了承ください。

株式会社 ルミネリーメディカル株式会社  
個人情報受付窓口

封印する前にご確認ください。

- ・本申込書(ご署名等記入漏れがないよう、今一度ご確認ください。)
- ・本人確認書類・現住所確認書類(代理人の方からの申請の場合は、代理人ご本人様確認書類、委任状、印鑑証明書)
- ・郵送料(512円分の郵便切手)(※当社からの返信にそのまま利用させていただきます)

### ◆当社からのお願い◆

- ・必要書類の不足、記入の不備等がある場合には受付できませんので、送付前に再度ご確認ください。
- ・申込書類・本人確認書類は返却いたしませんのでご了承ください。
- ・本申込に基づき内容確認のため当社からご連絡させていただく場合があります。

# 個人情報開示申込書

ルミナリーメディカル株式会社 行

私は、個人情報登録の有無及び登録の内容について必要書類を添えて開示を申し込みます。  
<枠内の項目を必ずボールペン(自筆)で、はっきりとご記入ください。>

本人	フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	
	お名前							
	現住所	〒 -						
	お電話番号		ご連絡先					
	転居、市区町村の合併等により、住居表示が変更されている場合には変更前のご住所をご記入ください。							
	変更前住所	〒 -						

開示を希望される項目に○をつけてください。また該当する場合には( )を埋めてください。

- |                          |           |                          |          |
|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 登録氏名      | <input type="checkbox"/> | 登録住所     |
| <input type="checkbox"/> | 登録電話番号    | <input type="checkbox"/> | 登録携帯電話番号 |
| <input type="checkbox"/> | 登録メールアドレス | <input type="checkbox"/> | その他( )   |

ご署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## ルミナリーメディカル株式会社 よりお客様へのご案内

ご提出いただいた、本申込書・ご本人様確認書類等の証明書類については当社所定の方法により適切に処分いたします。  
本申込書・本人確認書類等の証明書類については返却いたしませんので、あらかじめご了承ください。  
本申込書をもってお申し出いただいた場合であっても、当社で保有していない情報についてはお答えいたしかねます。  
また、法令等の制限によりお申し出に応じられない場合もございますのでご了承ください。

ルミナリーメディカル株式会社  
個人情報受付窓口

封印する前にご確認ください。

- ・本申込書(ご署名等記入漏れがないよう、今一度ご確認ください。)
- ・本人確認書類・現住所確認書類(代理人の方からの申請の場合は、代理人ご本人様確認書類、委任状、印鑑証明書)
- ・郵送料(512円分の郵便切手)(※当社からの返信にそのまま利用させていただきます)

### ◆当社からのお願い◆

- ・必要書類の不足、記入の不備等がある場合には受付できませんので、送付前に再度ご確認ください。
- ・申込書類・本人確認書類は返却いたしませんのでご了承ください。
- ・本申込に基づき内容確認のため当社からご連絡させていただく場合があります。

## — 個人情報開示申込手続きについて —

「個人情報開示申込書」を投函される前に、下記の3点(1. 個人情報開示申込書、2. 本人確認書類・現住所確認書類、3. 郵送料)が同封されているかご確認いただき、下記当社個人情報受付窓口までご送付ください。

### 1. 個人情報開示申込書

### 2. 本人確認書類・現住所確認書類

下記のうちいずれかの1点をコピーの上本人確認書類としてご送付ください。

(1) 運転免許証(裏表)	(2) パスポート(本人証明欄)
(3) 健康保険被保険者証(裏表)	(4) 外国人登録証明書

下記のうちいずれか1点を現住所確認書類としてご送付ください。

(1) 住民票(写) ※作成日より3ヶ月以内のもの	(2) 公共料金の請求書又は領収書(コピー) ※発行日から3ヶ月以内のもの
------------------------------	--

### 3. 郵送料

・512円分の郵便切手(通常郵便 82円 書留料金 430円)

※代理の方が申請する場合にはご相談ください。  
※郵便料金変更の際は、変更後の額をご負担下さい。

上記書類等が不足又は不備の場合には受付できませんので、ご了承ください。

本申込に際してご提出いただく申込書・本人確認書類等は返却いたしませんのでご了承ください。

### 4. 送付先

**下記住所にご送付ください。**

〒171-0021 東京都豊島区西池袋二丁目29-19 池袋KTビル3F  
ルミネリーメディカル株式会社 個人情報受付窓口  
03-6770-9860