

申込日：西暦 年 月 日

個人情報修正等請求書

〒105-7115

東京都港区東新橋1丁目5番2号汐留シティセンター15階

株式会社トゥーコネク

個人情報担当窓口 行

(ふりがな)

氏名

住所または居所

〒 TEL ()

連絡先(上記以外の連絡先がある場合に記載してください。)

〒 TEL ()

■次ページの【注意事項】をご確認・ご同意いただいたうえで、ご請求ください。

記

1. 申請区分等

<p>(申請区分)申請区分に✓を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>修正(訂正・追加・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</p>
<p>(修正等を求める個人情報の特定)修正、利用停止、消去、第三者提供の停止を請求する個人情報の名称、項目、内容等の対象を特定するために必要な事項を具体的に記入してください。</p>
<p>(修正等を求める理由)修正、利用停止、消去、第三者提供の停止を請求する理由を具体的に記入して下さい。</p>
<p>(修正を希望する場合)当社のショッピングサイトから個人情報を修正できない理由に✓を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>パスワードが不明で、かつ登録アドレスを利用できない</p> <p><input type="checkbox"/>その他(以下に詳細を記入してください)</p>

2. 本人確認等

<p>ア 請求者 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>法定代理人 <input type="checkbox"/>任意代理人</p>
<p>イ 請求者本人確認書類</p> <p>複写機により複写したものを提出してください。なお、個人番号カードを提出する場合は、表面のみ複写してください。また健康保険被保険者証を提出する場合は、保険者番号及び被保険者等記号・番号を黒塗りにしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>健康保険被保険者証</p> <p><input type="checkbox"/>個人番号カード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/>パスポート</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>ウ 本人の状況等(法廷代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。)</p> <p>(ア)本人の状況 <input type="checkbox"/>未成年者(年 月 日生) <input type="checkbox"/>成年被後見人 <input type="checkbox"/>任意代理人委任者</p> <p>(ふりがな)</p> <p>(イ)本人の氏名 _____</p> <p>(ウ)本人の住所又は居所 _____</p>

