

【個人情報開示等要求書】

- ・下記必要事項を記入し、下記の送付先まで郵送してください。
- ・ご本人様確認のため下記連絡先にお電話させていただくことがありますのでご了承ください。
- ・原則としてご本人様確認後より10日以内に対処させていただきます。
- ・個人情報の開示等のご請求には1件あたり500円の手数料が必要です。
本要求書と必要書類及び手数料分の郵便切手または郵便為替を同封で下記の送付先まで郵送してください。
折り返し配達記録郵便にてご本人様あてにご回答をお送りさせていただきます。

ご依頼日	年 月 日		
ふりがな			
氏名 (必須)	本人	代理人	別途委任状が必要です。
住所 (必須)			
TEL (必須)	FAX		
E-MAIL			
ご依頼内容 (必須)	依頼対象となる個人情報の概要		
	利用目的の通知 自己の情報の利用目的を通知してください。 開示 自己の情報を開示してください。 訂正 自己の情報を訂正してください。 利用の停止 自己の情報の利用を停止してください。 第三者提供の停止 自己の情報の第三者提供を停止してください。 削除 自己の情報を削除してください。		
	依頼内容の詳細		
その他	依頼の理由		

送付先 : 株式会社インフィニティ
「個人情報のご相談窓口」宛
担当 : リスクマネジメント部門 東出
住所 : 〒530-0001 大阪市北区梅田2-2-2 ヒルトンプラザウエストオフィスタワー19階
電話番号 : 06-6133-5415