

開示対象個人情報の開示等の依頼票 (1/2)

サントリーロジスティクス株式会社 苦情・相談窓口 宛
〒530-0004 大阪市北区堂島浜二丁目1番9号 古河大阪ビル西館6F

電話 06-6345-2880
FAX 06-6345-2885

貴社が保有している私の開示対象個人情報について、下記の対応を依頼します。

年 月 日

ご氏名 : _____
ご住所 : _____
お電話番号 : _____

<p>■ 私の開示対象個人情報に関する依頼内容 — 依頼事項を○で囲んでください</p>	<p>・ 開示対象個人情報の開示 ・ 利用目的の通知 ・ 訂正（変更・追加） ・ 削除 ・ 利用停止または提供停止</p>
<p>■ 処理結果のご報告方法—通知方法を○で 囲み、通知先をご記入ください。</p>	<p>・ E-mail (_____) ・ 郵便 (_____) ・ Fax (_____)</p>
<p>■ 訂正の内容 — ○で囲んでください</p> <p>・ ご住所 ・ 電話番号 ・ Fax 番号 ・ E-mail ・ その他</p>	<p>内容をご記入ください</p>

ご案内：当社が保有する開示対象個人情報の開示、利用目的の通知、訂正、削除又は利用・提供の停止の手続き

- ① 当社が保有する開示対象個人情報は、ご本人様からご請求がある場合、開示いたします。上記依頼票でご請求ください。当社に依頼票到達後（3営業日を目安）に処理し、その旨ご通知申し上げます。
- ② 当社が保有する開示対象個人情報の訂正（変更・追加）削除、利用停止又は第三者への提供の停止の請求は、上記依頼票でご請求ください。当社に依頼票到達後（3営業日を目安）に処理し、その旨ご通知申し上げます。
- ③ 開示対象個人情報とは、当社が保有する個人情報のうち、開示等の求めに応じることができる権限を有するものをいいます。それ以外の個人情報については、開示等の求めに応じられませんのでご了解ください。

開示対象個人情報の開示等の依頼票 (2/2)

当社使用欄

受付経路	電話 Fax E-mail 郵便 来社 その他()
受付日時	年 月 日 :
本人確認方法	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
当社受付者	所属
	氏名
	電話番号(内線) ()
回答経路	電話 Fax E-mail 郵便 来社 その他()
回答日時	年 月 日 :
当社回答者	所属
	氏名
	電話番号(内線) ()
回答の内容	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 提供停止
対応日時	年 月 日 :
当社対応者 (回答者と異なる場合)	所属
	氏名
	電話番号(内線) ()
対応内容	(訂正、削除、提供停止の場合受領者 等)

部長	担当者
年 月 日	年 月 日
氏名 印	氏名 印