

年 月 日

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ・ウェーブ 宛

個人情報の利用停止・消去申請に関する委任状 兼 申請書
(委任に基づく代理人による申告)

申請者（本人）は、貴社が保有する個人情報のうち、申請者に関する個人情報の利用停止・消去の申請を下記の者（代理人）に委任します。

1. 申請者（本人）（本人確認のために必要な情報です。印は、実印を押印して下さい。）

お名前		印
ご住所	〒	

2. 代理人（本人確認のために必要な情報です。印は、実印を押印して下さい。）

お名前		印
ご住所	〒	

3. 対象サービス等（個人情報を特定するために必要な情報です。）

本申請の対象となる個人情報をご提供いただいた商品やサービス、イベント等（以下、「サービス等」という。）の名称を具体的にご記入下さい。なお、具体的名称がご不明の場合には、下記（ア）及び（イ）についてご回答下さい。

サービス等名	
上記の具体的な名称がご不明の場合には、下記についてご回答下さい。	
（ア） どのような内容のサービス等でしたか？	
（イ） いつ頃／どのような手段・場所 で、ご提供いただきましたか？	

4. 過去にご提供いただいた情報（個人情報を特定するために必要な情報です。）

3. のサービス等へご提供いただいたと思われる個人情報（サービス等において現在保有していると思われる情報）を可能な限り列挙して下さい（電話番号：03-xxxx-xxxx、会社名等：〇〇株式会社等）。

5. 申請内容（□にチェック）及び理由

個人情報の利用停止

個人情報の消去

差し支えなければ、上記を申請される理由をご記入下さい。

()

6. 申請に関するご確認

本申請に関するご確認のために、1. にご記入いただいたご住所宛てに当社からご質問・ご連絡させていただく場合があります。当該ご住所への郵送以外の手段をご希望の方は、下記該当項目の□にチェックし、必要事項をご記入下さい（本人・代理人のいずれか該当する方を○で囲む）。

電子メール：本人・代理人 メールアドレス (_____)

電 話：本人・代理人 連絡先電話番号 (_____)

郵 送：代理人ご住所（2. のご住所）

7. 同封物

同封物に不備がないかをご確認の上、該当するものにチェックを付けて下さい。なお、本籍地やマイナンバーの情報が含まれる場合は、当該箇所をマスキング（塗りつぶし）した上でご提出下さい。また、健康保険証のコピーを提出いただく場合には、保険者番号及び被保険者等記号・番号をマスキングした上でご提出下さい。

①	<input type="checkbox"/> 申請者（本人）の印鑑証明書の原紙*1	1 通
②	申請者（本人）の公的身分証明書	いずれか 1 通
	コピー不可なもの*1： <input type="checkbox"/> 住民票の写し コピーでよいもの*2： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証	
③	<input type="checkbox"/> 代理人の印鑑証明書の原紙*1	1 通
④	代理人の公的身分証明書	いずれか 1 通
	コピー不可なもの*1： <input type="checkbox"/> 住民票の写し コピーでよいもの*2： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証	

*1) 発行から3ヶ月以内のもの *2) 有効期限内のもの

※開示等の請求に伴い取得した個人情報について

開示等の請求に際して株式会社エヌ・ティ・ティ・データ・ウェーブが取得しました個人情報については、開示等の請求への対応ためにのみ取り扱うものとします。