

「個人情報の利用停止もしくは消去、または第三者への提供停止の求め」

貴社が保有する下記記載の本人が識別される個人情報の利用停止もしくは消去、または第三者への提供停止を求めます。

申請者（本人または代理人、該当項目をチェック）

氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

ご本人様のユーザタイプ（該当項目をチェック）

企業その他の団体様

個人ユーザ様

企業その他の団体様

個人ユーザ様

会社名 _____

ご氏名 _____

ご所属 _____

ご氏名 _____

ご本人様が 16 歳未満か否かに関する事項（該当項目をチェック）

（16 才未満のご本人様が申請される場合は、保護者の方の同意が得られていることを確認するため、保護者の方の署名捺印をお願いします）

16 歳未満でない

16 歳未満である

保護者のお名前 _____ 印

ご確認させて頂く情報（該当項目をチェック）

会社・学校

ご自宅

郵便番号 〒 _____

ご住所 _____

Email _____ @ _____

電話番号 (_____) _____ - _____

F A X 番号 (_____) _____ - _____

求めの対象となる個人情報に関する商品・サービスの名称（注1）

求めの対象となる個人情報に関するご登録番号またはご登録 I D

(ある場合は必ずご記入ください 個人番号 (マイナンバー) は記入しないでください)

請求分類	<input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者 () への提供停止
当該処置を求める理由	<input type="checkbox"/> 目的外に利用されているため <input type="checkbox"/> 自分の同意なく第三者に提供されているため <input type="checkbox"/> その他 []

注1：弊社では、多岐にわたる商品・サービスを提供しております。このため、開示の求めは、該当となる商品・サービスを指定して申請を行ってください。

※本申請書の送付先、本人確認のために必要な書類等については、本申請書をダウンロードされた弊社ホームページの記載事項をご確認頂きますようお願いいたします。

※ご確認させて頂く情報は、弊社にお届け頂いた情報を記載ください。記載頂いた項目の情報においてのみ確認をさせていただきます。

※今回の利用停止もしくは消去、または第三者への提供停止の求めに際しご提供頂きました個人情報、利用停止もしくは消去、または第三者への提供停止の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱います。

※ご記入頂きました情報に関する回答は、当社の適切な事業部門から直接ご連絡を差し上げることがあります。

※今回の利用停止もしくは消去、または第三者への提供停止の求めに際しご郵送頂きました個人情報の管理は、ご郵送頂きましたそれぞれの事業部門にて管理させていただきます。個別事業部門がない場合は、以下の個人情報保護総合窓口にて実施しております。

SSNファシリティーズ株式会社 個人情報保護総合窓口
〒860-0844 熊本県熊本市中央区水道町 8-6 朝日生命熊本ビル