

年 月 日

木徳神糧株式会社 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、氏名:○○○○ 等)。

--

## 5. 申請内容(口にチェック)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、下記該当項目の口にチェックし、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*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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	いずれか 1通
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*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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	いずれか 1通

\*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木徳神糧株式会社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。