

開 示 等 請 求 書

開示等請求者	<input type="checkbox"/> 本人	氏 名	ﾌｻｸﾞﾅ	印
	<input type="checkbox"/> 相続人	住 所	(〒 —)	
	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人	電話 番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 () — (注) 日中に連絡可能な電話番号を必ずご記入ください。	

開示等対象となるご本人	氏 名 (*)	ﾌｻｸﾞﾅ		
	住 所 (*)	(〒 —)		
	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	電話 番号 (*)	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携 帯 () —
	その他	・ 前住所、旧姓がある場合はご記入ください。		

請求内容	項 目	<input type="checkbox"/> 開 示 <input type="checkbox"/> 訂正等 <input type="checkbox"/> 利用停止等
	開示等請求内容・理由	・ 開示等請求内容とその理由について具体的にご記入ください。

- (注) 1. 該当する口には、シ印をご記入ください。
 2. 開示等請求者と開示等対象となるご本人が同一人である場合は、(*)の項目にご記入いただく必要はありません。
 3. 開示等請求に際しては、本人又は代理人であることを証明するために必要な書類を同封ください。また、開示等報告書の郵送を希望される場合は、380円分の切手を併せて同封ください。

<セゾンファンデックス使用欄>

受付部署	受付	郵送代	承認	作成	簡易書留郵送日
		1. 切手 2.			