

「保有個人データ」停止／消去依頼書

年 月 日

株式会社 大垣共立銀行 宛

住所
請求者 氏名 ①
電話番号

(当社にお届けのある印鑑等)

(いずれかを○で囲んでください)

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、次の通り個人情報の { 停止 / 消去 } を依頼します。

1. ご利用サービス (○印を記入してください)	<input type="checkbox"/>	(1) 預金業務	<input type="checkbox"/>	(6) 公共債窓販業務	<input type="checkbox"/>	(11) 社債業務
	<input type="checkbox"/>	(2) 為替業務	<input type="checkbox"/>	(7) 投信窓販業務	<input type="checkbox"/>	(12) その他
	<input type="checkbox"/>	(3) 両替業務	<input type="checkbox"/>	(8) 保険販売業務		
	<input type="checkbox"/>	(4) 融資業務	<input type="checkbox"/>	(9) 金融商品仲介業務		
	<input type="checkbox"/>	(5) 外国為替業務	<input type="checkbox"/>	(10) 信託業務		
2. 停止もしくは消去を依頼する個人情報の内容						

3. 代理人による請求の場合、本人の氏名等 (注1)	本人の状況 (○印を記入してください)	<input type="checkbox"/>	(1) 未成年者 (才)
		<input type="checkbox"/>	(2) 成年被後見人
		<input type="checkbox"/>	(3) 任意の代理行為
	本人の氏名		
本人の住所および電話番号 (注2)	〒	—	TEL

----- <銀行使用欄> -----

担当部署処理欄	本人確認欄	<input type="checkbox"/>	(1) 運転免許証
		<input type="checkbox"/>	(2) 個人番号カード
		<input type="checkbox"/>	(3) 健康保険証
		<input type="checkbox"/>	(4) その他
	代理人の場合の代理人確認欄	<input type="checkbox"/>	(1) 運転免許証
		<input type="checkbox"/>	(2) 個人番号カード
		<input type="checkbox"/>	(3) 健康保険証
		<input type="checkbox"/>	(4) その他
備考			

- 注1. 代理人による請求の場合は、請求者であることを証明する書類に加えて、代理人権を有することを証明する書類を提出または提示してください。
2. 「本人の住所および電話番号」欄には、本人の連絡先が本人の住所及び電話番号と異なる場合は、連絡先も併せて記入してください。

以 上