

インターコンチネンタルホテル大阪 「保有個人データ」開示請求書

ご請求日：西暦 年 月 日

下記の必要事項をご記入のいただき、必要な本人確認書類等を添付のうえ、弊社の窓口にご郵送ください（郵送料は請求者の負担となります）。

太枠内は、必須記載事項となりますので、ご記入漏れのないよう、ご注意ください。

開示請求等窓口

〒530-0011 大阪市北区大深町3-60

インターコンチネンタルホテル大阪 個人情報取扱い担当 行



本請求書は、郵送のみの受付となりますので、ホテルフロントやレストラン等での受付は致しかねます。予めご了承ください。

開示の対象となる方を特定するための情報

(他の方の個人情報を誤って開示するおそれがありますので、太枠内はすべてご記入ください。)

| | | | |
|--------|--|------|---------------------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 西暦 |
| 氏名 | | | 年 月 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | - | | ※ご本人様確認のため、お電話をする場合があります。 |
| 本人確認方法 | 1. 運転免許証 * 2. 旅券(パスポート) * 3. 健康保険の被保険者証 * 4. 写真付き住民基本台帳カード 5. 年金手帳 * 6. 身体障害者手帳 * 7. 外国人登録証明書の写し * 8. 印鑑登録証明証 * ※上記の書類の中で2種類の書類のコピーを同封してください。* | | |

開示請求者の情報

(開示の対象となる方と開示を請求する方が異なる場合のみご記入ください。)

| | | | |
|---------------------|--|------|---------------------------|
| ふりがな | | 生年月日 | |
| 氏名 | | 西暦 | 年 月 日 * |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | - | | ※ご本人様確認のため、お電話をする場合があります。 |
| 開示の対象となる方との関係 | 1. 親権者 2. 成年被後見人 3. 代理人 4. その他() | | |
| 開示対象となる方との関係を証明する書類 | 代理人であることがわかる委任状および、1. 戸籍謄本 または 2. 成年後見登記事項証明書 | | |
| 開示請求者の確認書類 | 1. 運転免許証 * 2. 旅券(パスポート) * 3. 健康保険の被保険者証 * 4. 写真付き住民基本台帳カード 5. 年金手帳 * 6. 身体障害者手帳 * 7. 外国人登録証明書の写し * 8. 印鑑登録証明証 * ※上記の書類の中で2種類の書類のコピーを同封してください。* | | |

開示手数料 1件につき日本郵政公社発行の定額小為替(500円分)を同封してください。

開示請求内容

開示請求内容の確認に必要な事項を必ず全てご記入ください。

予約および利用実績情報(氏名、利用内容(宿泊・飲料店舗名・宴会名等)、利用日) 情報を確認するために下記の項目全てご記入ください。

①予約名：*

②利用内容：

③利用日： 年 月 日 *

その他

当ホテルの予約確認、利用確認は、当ホテル担当窓口にて無料で承っております。

インターコンチネンタルホテル大阪「保有個人データ」開示請求書の取扱い

開示の依頼で取得した書類については、開示等の求めに必要な範囲のみで取扱うものとします。また、提出いただいた書類は、開示等の求めに対する回答が終了した後、1ヵ月間保管したうえで破棄させていただきます。

不開示を決定した場合は、その旨、理由を通知いたします。

- ・ 申請内容に不備があった場合
- ・ 確認事項が確認できない場合
- ・ 開示の求めの対象が「保有個人データ」に該当しない場合
- ・ 当社の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
- ・ 他の法令に違反することとなる場合
- ・ 本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合 *

■弊社使用欄

| | | | |
|----------|-----------------|------|--|
| 受付日時 | 平成 年 月 日 時 分に受信 | 受付番号 | |
| 管理責任者確認欄 | | | |