

# 「保有個人データ」停止/消去依頼書

(停止/消去のいずれかを で囲んでください。)

年 月 日

株式会社 大垣共立銀行 宛

住 所  
請求者 氏 名  
電話番号

(当社にお届けのある印鑑等)

「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あるいは消去を依頼します。

1. ご利用サービス ( 印を記入してください)	( 1 ) 預金業務	( 6 ) 公共債窓販業務	( 11 ) 社債業務
	( 2 ) 為替業務	( 7 ) 投信窓販業務	( 12 ) その他
	( 3 ) 両替業務	( 8 ) 保険販売業務	
	( 4 ) 融資業務	( 9 ) 金融商品仲介業務	
	( 5 ) 外国為替業務	( 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	本人の状況 ( 印を記入してください)	( 1 ) 未成年者( 才 )	
		( 2 ) 成年被後見人	
		( 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	〒 -	TEL	
銀行使用欄 担当部署処理欄	本人確認欄	( 1 ) 運転免許証	
		( 2 ) パスポート	
( 3 ) 健康保険証			
( 4 ) その他			
代理人の場合の代理人確認欄	( 1 ) 運転免許証		
	( 2 ) パスポート		
	( 3 ) 健康保険証		
	( 4 ) その他		
銀行使用欄 備考			

注. 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。

以 上