

## ANA 利用停止等請求書<カリフォルニア州居住者用>

ご請求日:西暦 年 月 日

下記の必要事項をご記入いただき、必要な本人確認書類等を添付のうえ、弊社のウェブフォームよりご送信ください。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。

### 利用停止・消去請求等窓口

ANA ウェブサイトに掲載のウェブフォーム

URL: [https://contact-jp.ana.co.jp/app/ask\\_atmint\\_pcjp](https://contact-jp.ana.co.jp/app/ask_atmint_pcjp)

※本請求書は、ウェブフォームのみの受付となります。ANA カウンターや機内での受付は致しかねますので、予めご了承ください。

### 利用停止・消去の対象となる方を特定する為の情報

(他の方の個人情報を入れて開示するおそれ等がありますので、太枠内は全てご記入ください。)

ふりがな		生年月日	西暦
氏名			年 月 日
住所	〒 —		
電話番号(自宅)	— —	※ご本人確認のためお電話をする場合があります。 日中ご連絡できる電話番号をご記入ください。	
携帯電話番号	— —		
本人確認方法	※下記の書類の中で2種類の書類のコピーを添付してください。 1.運転免許証 2.パスポート 3.健康保険の被保険者証 4.顔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.在留カードまたは特別永住者証明書 8.印鑑登録証明書 9.個人番号カード(表面のみ)		

### 利用停止・消去請求者の情報

(利用停止・消去の対象となる方と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	西暦
氏名			年 月 日
住所	〒 —		
電話番号(自宅)	— —	※ご本人確認のためお電話をする場合があります。 日中ご連絡できる電話番号をご記入ください。	
携帯電話番号	— —		

### 提出が必要な書類

対象となる方との関係	対象となる方との関係を証明する書類	開示請求者の確認書類
1.親権者	戸籍謄本	※下記の書類の中で2種類の書類のコピーを添付してください。 1.運転免許証 2.パスポート 3.健康保険の被保険者証 4.顔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.在留カードまたは特別永住者証明書 8.印鑑登録証明書 9.個人番号カード(表面のみ)
2.成年被後見人	成年後見登録事項証明書	
3.代理人( )	代理人であることがわかる委任状	

## ご希望の処理の種類

ご希望の処理の種類の番号に○印をつけ、訂正内容・削除内容・追加請求内容をご記入ください。

	利用停止項目	利用停止内容
1 停止		

	消去項目	消去内容
2 消去		

### 利用停止等請求書の取扱い

利用停止・消去の依頼で取得した書類については、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、利用停止・消去の求めに対する回答が終了した後、24 か月間保管したうえで破棄させていただきます。

### 利用停止・消去ができない場合は、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
- ・利用停止・消去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

利用停止や消去により、不本意ながらご要望に沿ったサービスの提供ができなくなることがございますので、  
予めご了承の上 ご請求ください。

### ■ANA 使用欄

受付日時	西暦	年	月	日	時	分に受信	管理責任者 確認欄	
------	----	---	---	---	---	------	--------------	--