個人情報に関する苦情等申出書

株式会社保健支援センター
個人情報苦情・相談窓口　行き

申出日		申出内容	□苦情　□相談　□その他問い合わせ等
申出者情報（申出頂くご本人の住所、氏名等をご記入下さい。）			
住所	〒　－　□自宅　□勤務先（会社名：　）		
ふりがな		電話番号	
請求者氏名	印	その他連絡先（任意）	
代理人情報（代理人によるお申出の場合は、ご記入下さい。）			
住所	〒　－　□自宅　□勤務先（会社名：　）		
ふりがな		電話番号	
代理人氏名	印	その他連絡先（任意）	

代理人への委任（代理人によるお申出の場合は、ご記入下さい。※未成年の場合は不要、下記、「必要な添付書類等」をご確認下さい。）

株式会社保健支援センター
代表取締役社長　小池　美千代殿

私は上記の者を代理人と定め、本申出を委任致します。

委任者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

お申出内容：お申出される内容をできるだけ具体的にご記述下さい。

回答書類送付方法（どちらか一つお選び下さい。）

□　直接手渡し

□　配達記録郵便（下記、「必要な添付書類等」をご確認下さい）

□　FAX　（FAX番号：　－　－　）

必要な添付書類等（添付頂きます資料に本籍地が含まれております場合は、お手数でも消してご提出下さい。）

□　ご本人が確認できる下記書類のいずれか一点
- ●運転免許書のコピー
- ●健康保険証のコピー
- ●パスポートのコピー
- ●年金手帳のコピー
- ●印鑑証明書の原本
- ●住民票の写し

□　代理人の場合は、代理人ご本人が確認できる上記書類のいずれか一点

□　ご本人が未成年の場合は、法定代理人とご本人の続柄を確認できる住民票

□　配達記録郵便での回答をご希望の方は、返信用封筒に通常切手代と配達記録郵便切手代を貼付の上、ご同封下さい。

※本請求書、必要な添付資料を下記FAX番号に送信、又は郵送（配達記録郵便）にてお送り下さい。
提出頂きました書類で、ご記入漏れ、必要な添付書類等に不備がございますと迅速にご回答できないことがございます。
提出頂きました書類は、個人情報として大切に管理し、返却致しませんのでご了承下さい。

【送付先】
〒862-0926　熊本県熊本市中央区保田窪1-10-38
個人情報苦情・相談窓口　行き
又は　FAX：096-285-7005まで