ミナリスメディカル株式会社
個人情報取扱事務局

個人情報の取扱に関する苦情申出書

私は、下記のとおり貴社による個人情報の取扱につき、苦情を申し出ます。

記

請　求　日	
住　所	
氏　名	印
電話番号	
ＦＡＸ番号	
Ｅ－mailアドレス	
当社との関係	□個人のお客様 （お買上製品名：　　） □お取引先の役員又は従業員の方 所属企業・団体名： 当社関係事業所： □株主 □当社従業員 （従業員番号：　　） □退職者 （過去の従業員番号：　　） □その他　具体的にご記入ください。：
苦情の内容（詳細にご記入ください。）	

＜注意事項＞
・回答は、本人の身分証明書に記載の住所に郵送で行います。