

個人情報に関するお問合わせ・ご相談票

オーソ・クリニカル・ダイアグノスティックス株式会社 個人情報問合わせ窓口 行

【住所】〒101-0065 東京都千代田区西神田三丁目5番2号

【FAX】03-4411-7733

ご記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お問合わせ・ご相談にあたって

ご本人様の個人情報に関するお問合わせ・ご相談等につきましては、本書式に必要事項をご記入の上、上記住所へご郵送いただくか、FAX 番号へご送信いただきますようお願い申し上げます。なお、お電話等での受け付けは行っておりませんので、あらかじめご了承ください。

ご本人の情報	住所 〒 _____ - _____	
	フリガナ 氏名	自宅電話 (_____) _____ - _____
ご本人の属性	医療従事者 お取引先関係者 その他 (_____)	
お問合わせ・ご相談内容 (できるだけ詳しく ご記入ください)		

*1：本票により当社が取得した個人情報は、お申し出内容の調査・検討・回答及びご本人確認に利用いたします。

*2：お申し出の内容及び性質に応じて、原則として書面による郵送又は電話により回答いたします。