

個人情報に関するお問い合わせ・ご相談票

LifeScan Japan株式会社 お客様個人情報問い合わせ窓口 行

【住所】 〒 103-0022 東京都中央区日本橋室町3-4-4 OVOL 日本橋ビル

ご記入日： _____ 年 月 日

《お問い合わせ・ご相談にあたって》

ご本人様の個人情報に関するお問い合わせ・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きますようお願い申し上げます。なお、お電話等での受付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	住所 〒 _____	
	フリガナ 氏名	自宅電話 (_____) _____
ご本人の属性	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> お取引先関係者 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
お問い合わせ・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。