

# 個人情報苦情申立書

年 月 日

大正製薬株式会社  
個人情報問合せ窓口  
〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1  
電話番号(03)3985-1111 (大代表)

ご住所: (〒 - )

申立者

(ふりがな)  
ご氏名:



電話番号: ( ) -

(日中ご連絡の取れる番号をお願い致します)

※本人との関係: 本人 代理人

大正製薬株式会社における個人情報の取扱いについて、以下の通り申し立てます。

お申し立ての内容	
申立人ご本人であることの確認資料	ご郵送によるお申し立てで1~6による場合には、何れか2つの資料のコピーをお送り下さい。ご選択された資料には"✓"印をつけて下さい。ご来社の場合は、何れかひとつをご持参下さい。また、何れの場合も申立者のご住所は、確認資料のご住所と同一であることをご確認下さい。 <input type="checkbox"/> 1. 運転免許証 <input type="checkbox"/> 2. パスポート(旅券) <input type="checkbox"/> 3. 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 4. 年金手帳 <input type="checkbox"/> 5. マイナンバーカード(表面) <input type="checkbox"/> 6. 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 7. 印鑑証明書(この場合、申立者印は実印をお願い致します)

弊社における貴お申し立て内容の円滑な調査のため、次の点についてご開示頂きますよう、ご協力をお願い致します。

ご本人と弊社 の関係 (該当事項全てに "✓"をおつけ下さい)	<input type="checkbox"/> 株主 <input type="checkbox"/> お取引先 (口座番号 ) <input type="checkbox"/> 消費者 <input type="checkbox"/> 医療関係者 ( ) <input type="checkbox"/> 弊社関係者( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
--	--

代理人の方が苦情を申し立てられる場合には、以下の事項もご記入、ご選択(✓)下さい。

ご本人	ご氏名: ご住所:(〒 - )	
代理人とご本人との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他代理人	申立者が弁護士の場合、登録番号をご記入下さい
上記関係を示す書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見人登記事項証明書 <input type="checkbox"/> ご本人の委任状・印鑑証明書	登録番号: _____

本申立書及び確認資料の個人情報は、貴お申し立てに関わる弊社の調査、ご連絡、ご回答のために利用致します。