

# 個人通知再発行 FAX申込フォーム

No
----

赤枠内をご記入いただき、この1枚のみ送信してください。

申請者 記入欄	送信日	年	月	日	健康診断 受診日	月頃	
	フリガナ				会社名		
	氏名				TEL	- -	
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	男・女	
	住所	〒			内線	勤務先・自宅	
通信欄	平日9:00-17:00に連絡のつく番号をご記入ください						

担当部署 記入欄	担当部署	受信日付	年	月	日	受信時間	
	対応担当者名	監督者名					
	本人確認方法	◎コールバック、生年月日、性別、事業所名、受診日等本人又は代理人の確認 ◎来訪の場合ご本人の運転免許証等公的証明書持参 ◎送付の場合ご本人の運転免許証と、住民票の写し等公的証明書のコピー ◎代理人の場合、ご本人及び代理人の運転免許証、パスポート等公的証明書のコピー及び代理を示す旨の委任状					
	相談内容	該当項目に○印をお願いいたします。 開示 ・ 訂正 ・ 追加 ・ 削除 ・ 利用停止 ・ 消去 ・ 苦情 ・ 貸出し ・ 再発行					
	対応内容	開示 ・ 訂正 ・ 追加 ・ 削除 ・ 利用停止 ・ 消去 ・ 苦情 ・ 貸出し ・ 再発行					
	必要書類	不要 ・ 必要(	受け渡し方法	ご本人来所・代理人来所・郵送			
	手数料	あり ・ なし	金額	受け渡し日(送付日)	受渡し時間		
措置をとらない場合、違う措置の場合	理由						

相談窓口 → 関係部課(科)長 → 事業部長 → 総務課