

**個人情報に関するお問合わせ・ご相談票**

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社メディカル カンパニー お客様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 3-5-2

【FAX】03 - 4411 - 7869

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。