

# 個人情報に関する変更等申出書

平成 年 月 日

一般財団法人 保健福祉広報協会 事務局長 殿

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

所属(勤務先) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

案内ハガキコード番号(9桁) \_\_\_\_\_

(わかる場合のみご記入下さい。)

貴会保有の私の個人情報について、下記のとおり取り扱うよう申し出ます。

記

## 1. 申請の区分 (いずれかに○)

訂正、 追加、 削除、 利用停止

## 2. 訂正等の具体的内容およびその理由

| 現在の内容 | 具体的な変更内容等 | その理由 |
|-------|-----------|------|
|       |           |      |