

自己情報利用停止請求書

令和 年 月 日

北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様

利用停止請求者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号 — —
〒 — 電話番号 — —
F A X — —
住 所
組 合 員 (診療所)
氏名 (自署)

下記の通り自己情報の訂正を申し出します。

1. 申出に係わる 自己情報の停止 及 び 内 容		
*事務処理欄	申出者資格 確 認 欄	1. 戸籍謄本 2. その他 ()
*備 考		

注 *印欄は、記入しないでください。