

## 登録情報の問い合わせ書

(1) 本書を印刷し、以下に問い合わせ内容、必要事項を記載してください

年 月 日

氏名 (必須)	
住所 (必須)	〒
メールアドレス (必須)	
登録番号 (MR認定証に記載されています)	
問い合わせ内容 (必須)	
前企業名 (最後にMRをしていた企業名)	

(2) 同封する本人確認書類のコピー（氏名、生年月日が確認できるもの）にチェック□を付けて下さい

- 運転免許証 マイナンバーカード（おもて面） パスポート 住民票写し（マイナンバーの記載がないもの）  
その他公的証明書（証明書の名称： ）

※氏名・生年月日以外の、本籍地、マイナンバー、臓器提供意思表示等は塗りつぶしてください

(3) 返信用封筒（切手を貼り、住所・氏名を記載）を同封のうえ、下記まで送付して下さい

<送付先> 〒103-0023 東京都中央区日本橋本町 3-3-4 日本橋本町ビル 公益財団法人 MR 認定センター 事務局