

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