

年 月 日

保健福祉オンブズマン 宛

個人情報の取扱いに関する承諾書

私の苦情について、オンブズマンが苦情の相手先事業者を確認を行うにあたり、苦情の内容を伝えることと、事業者が保有する私の個人情報を収集することに同意します。

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

(板橋区保健福祉オンブズマン事務局 担当)