

NPO法人パルサポートキッズの会
子ども医療用ウィッグ 申込書

ご記入日： 年 月 日

お申込者様	〒				
	ご住所				
	本人氏名	フリガナ			
		氏名			
	保護者氏名	フリガナ			
		氏名			
	生年月日	年	月	日	
ご連絡先	ご自宅	-	-		
	携帯電話	-	-		
メールアドレス	@				
ご病気に関して	病名				
	症状 (発病時期等)				
	病院				
	ご担当者サイン	フリガナ			
氏名		先生 /	科		
<small>主治医様又は看護師様のご署名をお願いいたします</small>					
お届けのご希望日時	第一希望	年	月	日	時頃
	第二希望	年	月	日	時頃
医療機関の領収書・点数明細書	<p>< 医療機関の領収書・点数明細書の「コピー」を添付お願いいたします > コチラへの添付をもって商品の提供とさせていただきます</p> <p>※ウラ面への添付も可</p> <p>(注: 原本は確定申告の医療費控除申請時に必要となりますので、大切に保管ください)</p>				
<p>【お願い】</p> <p>領収書・点数明細書(コピー)を添付される場合には、 下記①～⑤まで要件を満たしているか、確認してご提出ください。</p> <p>①療養者名 ②診療年月日 ③総点数(保険点数) ④領収金額 ⑤医療機関名</p>					

◆「個人情報の取扱 及び 申込書ご返送方法」については、別紙をご参照ください。

個人情報の取扱について

1. 個人情報の取得

お客様へのご連絡及びウィッグ等の商品提供のため、必要な範囲でお客様の個人情報を取得いたしております。

ご記入いただく個人情報の内容は任意です。ただし、必要な情報をご記入いただけない場合には、商品提供が出来ない場合がございます。

2. 個人情報の利用

お客様から提供いただく個人情報は、商品提供、ご連絡のための範囲内で使用いたします。お客様の同意なく利用目的以外に利用いたしません。

また、お客様からご提供いただく個人情報は、法令の規定により提供を行う場合を除き、お客様の同意なしに第三者への開示・提供を行うことはありません。

3. 個人情報の開示、訂正、削除

お客様よりご提供いただいた個人情報の開示・訂正・削除をご希望される場合は、お客様本人であることを確認の上で、遅滞なく対応させていただきます。

下記【お問い合わせ先】までお申し付けください。

4. 個人情報の委託

当社が商品提供に関して外部業者に委託する場合、委託先の選定に当たっては、個人情報の管理責任、再委託制限、検査の実施、報告義務など当社の委託先選定基準に基づいた事業者を選定いたします。また、個人情報の取扱いに関する契約を締結し、お客さまの個人情報の厳重な管理を行います。

5. 個人情報の保護と管理・お問合せ

当社は当社が保有する個人情報において、個人情報保護方針を順守し、個人情報を適切に保護します。

個人情報保護管理者
理事 木下 道太

【お問い合わせ先】
NPO法人パルサポートキッズの会
事務局 坂本正裕
電話 0955-64-2600
受付 9:00～18:00

【子ども医療用ウィッグ 申込書 ご返送方法のご案内】

お手数おかけいたしますが、ご郵送かFAXにてご返送ください。

①ご返送先

〒847-1202

佐賀県唐津市北波多田中1476-33

NPO法人パルサポートキッズの会 事務局 坂本

②FAX

0952-43-7920