

個人情報開示等に関する委任状

平成 年 月 日

医療法人社団 れいめい会
個人情報保護対策室 行

委任者 住 所: 〒 -

氏 名: _____ 印

生年月日: _____ 年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、貴法人との間における下記は一切の権限を委任します。

記

代理人 住 所: 〒 -

氏 名: _____ 印

代理人との関係: _____

- 委任事項
- 委任者の個人情報 開 示 請求
 - 委任者の個人情報 訂 正 請求
 - 委任者の個人情報 利用停止 請求
 - 委任者の個人情報 消 去 請求

※委任するものにチェックをつけてください。