個人情報開示等に関する委任状

西暦　　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の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。