

# 委任状

株式会社ヘルスケア・サポート 殿

(代理人) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 昭和・平成 年 月 日 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、個人情報の

1. 開示	2. 利用目的の通知
3. 訂正	4. 追加
5. 削除	6. 利用停止
7. 消去	8. 第三者への提供の停止

※該当する番号に○をつけてください。

請求に関する事項及び開示情報・回答書等の受領に関する事項を委任します。

令和 年 月 日

(委任者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏名 (自署) \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_