代理人住所 :

代理人指名 :

代理人生年月日 :

委任状

代理人連絡先	:					
上記の者を代理	里人とし、下	記の権限を	を委任します	•		
・個人情報	服の開示・訂	「正・利用係	亭止の求めに	関する一切	の権限	
平成	年 月	日				
	住所	:				
	指名	:				
	生年月日	:				
	連絡先	:				
下記は弊社	記入欄となり	ます。記入に	・\ただく必要は	はありません。		
				·相談対応 責任者		個人情報保護管理者
管理番号:				ED		ED
	Copyright (c) 200	18 Tohoku Medica	al Aid Service All Rig	ihts Reserved		