

年 月 日

委任状

株式会社コム・メディカル 御中

<ご本人（委任者）>

氏 名

印

住 所

〒 —

私は、下記の者を代理人として、私の個人情報の開示申し込み等についての一切の権限を委任します。

なお、開示の通知等については、（ 代理人 ・ 本人 ）宛てに送付願います。

記

<代理人>

氏 名

住 所 〒

—

委任者と

の関係

以上

※代理人・ご本人ともにそれぞれ自筆で記入し捺印して下さい。

※開示の通知等の送付先は、「代理人」「ご本人」のいずれかに○を記載してください。○の記載がない場合は、ご本人宛に送付いたします。

※以下のいずれかの措置をとってください。

①委任者の印については実印とし、印鑑登録証明書（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限り）を添付してください。

②委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される公的書類の複写物を添付してください。