

____年__月__日

個人情報取扱いに関する委任状

一般社団法人 岡崎市医師会
会長 小原 淳 様

住 所	〒
氏 名	実印
電 話	() -

私に関する個人情報の開示、訂正又は利用停止の請求について、次の者を代理人に選任し、その権限を委任したので届け出ます。

代理請求する理由		
代 理 人	開示請求者本人との関係	
	住 所	〒
	氏名、電話	電話 () -
注:本委任状を提出する場合、開示請求者本人の印鑑証明書が必要です。		