

委任状

令和 年 月 日

公益財団法人八戸市総合健診センター 宛

【代理人】

氏 名 _____

住 所 _____

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。(該当事項にしてください。)

- 個人データの開示
- 個人データの利用目的の通知
- 個人データの内容の訂正等(訂正、追加、削除)
- 個人データの利用停止、消去
- 個人データの第三者提供の停止

【委任者】

氏 名 _____ (印)

住 所 _____