

## 委任状

特定非営利活動法人医療ネットワーク支援センター  
個人情報保護管理者 清水 能子 行き

私は、< \_\_\_\_\_ >を代理人と定め、貴社が保有する開示対象個人情報について、  
開示等の請求を委任いたします。

< ご本人様 >

委任日 年 月 日

ふりがな

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

ご住所 : \_\_\_\_\_

電話 : \_\_\_\_\_

以下、法定代理人からの請求の場合は、必ずしも本人の署名、押印は必要としません。

ただし、法定代理権があることを証明できる書類（戸籍謄本のコピー、親権者の場合は扶養家族が記入された保険証のコピー）を本委任状に添えてご提出願います。

< 代理人様 >

ふりがな

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

ご住所 : \_\_\_\_\_

電話 : \_\_\_\_\_

本委任状にご記入いただいた個人情報は、「開示等に関する同意書」（本人用・代人用）の同意内容の通り取扱います。

委任日より30日を経過した委任状は無効となり、開示等のご請求手続を受付けすることができません。