

(様式2)

委任状

大分記念病院 殿

住 所:

氏 名:

(本人との関係:)

電話番号:

上記のものを代理人として、下記の事項に関する権限を委任します。

記

委任事項(いずれかの数字を○で囲む)

1. 個人情報の開示を申し写し等の交付を受ける件
2. 個人情報の訂正・追加・削除を申請し、写し等の交付を受ける件
3. 個人情報の利用停止を申請する件

年 月 日

本人(委任者)

住 所:

氏 名:

電話番号:

※上記内容は、代理人欄も含め、本人がすべて記載してください。

※本委任状のほかに、本人と代理人の関係を証明するものの提出を求められることがあります。