

# 個人情報開示等に関する委任状

年 月 日

医療法人社団バリューメディカル  
バリューHRビルクリニック  
個人情報相談窓口 行

委任者 住所：〒 -

氏名： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

私は以下の者を代理人と定め、貴法人との間における下記の一の権限を委任します。

## 記

代理人 住所：〒 -

氏名： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

代理人との関係： \_\_\_\_\_

- 委任事項  委任者の個人情報 開 示 請求  
 委任者の個人情報 訂 正 請求  
 委任者の個人情報 利用停止 請求  
 委任者の個人情報 消 去 請求  
※委任するものにチェックをつけてください。