

令和 年 月 日

委 任 状

公益財団法人茨城県総合健診協会
会長 永田 博司 様

(申請人)

住 所

氏 名

電話番号

()

実印

※印鑑登録証明書の実印を押してください。

私は、以下の者を代理人と定め、私の保有個人情報に関する（利用目的の通知・開示・訂正・追加・削除・利用の停止・消去・第三者への提供の停止）の中から該当に○）の権限を委任します。

(代理人)

住 所

氏 名

印

【添付書類】

申請人実印の印鑑登録証明書（発行日から3か月以内のもの（原本））