

年 月 日

KSメディカルサポート株式会社 御中

個人情報開示等請求委任状

私は以下を代理人と定め、私の個人情報開示請求等に関する権限を委任します。

氏名 _____

住所 〒 _____
都 道
府 県

連絡先電話番号
() _____

委任者との関係

委任者(契約ご本人様)

以下のすべての項目は、必ず委任者ご自身でご記入ください。

氏名 _____



住所 〒 _____
都 道
府 県

※捺印した実印の印鑑登録証明書(発行から3か月以内のもの)を別途添付します。