医療法人社団　弘冨会

個人情報苦情及び相談受付窓口担当 行

個人情報開示請求に伴う委任状

私、　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、医療法人社団　弘冨会が有している保有個人データの開示を　　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人とし、委任開示請求いたします。

年　　　月　　　日

 申請者（自署名）

 住所

 氏名

 代理人

 住所

 氏名