

年 月 日

委任状

株式会社 丸大サクラキ薬局 御中

ご住所

お名前
(委任者)

印

※本人の自署が必要です。
※実印を押印し、印鑑証明書を添付してください。

私は、下記の者を代理人として、下記の権限を委任します。

私の個人情報の

1. 利用目的の通知を請求する件
2. 開示を請求する件
3. 訂正・追加・削除、利用の停止・消去・第三者への提供の停止の停止を請求する件

※いずれかの番号を、○で囲ってください。

記

住所

氏名

委任者
との関係

以上