

年 月 日

委任状

株式会社丸大サクラ薬局 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