

記載日：20 年 月 日

委任状

※委任者自身が自筆で記入してください。

開示等対象者（委任者）

氏名	(フリガナ)		
	印		
住所および連絡先	(フリガナ)		
	〒	- 都道 府県	市区 町村
	電話番号	-	-

私は、公益財団法人日本医療機能評価機構の保有する私の個人情報に関する請求手続きについて、下記代理人へ委任いたします。

記

代理人

代理人 氏名	(フリガナ)		
代理人の 住所および連絡先	〒	- 都道 府県	市区 町村
	電話番号	-	-

以上

※ 印は登録している実印を押印してください。

※ 委任者自身の印鑑登録証明書および代理人の本人確認書類も別添ください。