

委任状

(株)学研メディカルサポート 御中

年 月 日

(委任者) 住所 〒 _____

氏名 _____ 印

私は、下記の者を代理人に定め、私自身の個人情報の開示等の請求に関する
権限を委任いたします。

記

(受任者) 住所 〒 _____

氏名 _____ 印