

個人情報提供の受け取りに関わる委任状

西暦 年 月 日

医療法人社団藤聖会
女性クリニック We 富山 行

委任者 住 所：〒 _____

氏 名： _____ 印

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、下記の者を代理人と定め、貴院から提供される私の個人情報の受け取りに関し委任します。

記

代理人 住 所：〒 _____

氏 名： _____

代理人との関係： _____

※ 本書は、第三者提供（個人情報取扱事業者→第三者）ではなく、本人に個人情報を提供することを前提として、当該文書の受け取りに関する委任を委任者が自ら記載するものです。従って個人情報取扱事業者が請求する際は、別途本人の同意書が必要となります。