

委任状

代理人

住所

氏名

連絡先

本人との関係

私は、上記の者を代理人と定め、医療法人財団健康院が保有している個人情報の開示請求等の手続きに関する一切の権限を委任します。

年 月 日

本人

住所

氏名

印

連絡先