

年 月 日

熊本県厚生農業協同組合連合会 御中

委任状

私は、貴厚生連が保有している私の保有個人データに関し、個人情報保護法に基づく（1. 開示、2. 利用目的の通知、3. 訂正等、4. 利用停止、5. 消去、6. 第三者提供の停止）の請求についての一切の権限を（住所 氏名〇〇〇）に委任します。

住所：

氏名

印

（注1）かっこ内は、請求項目の番号を○で囲んで下さい。

（注2）印鑑は、実印を押印のうえ、印鑑証明書（交付日より6ヶ月以内のもの）を添付して下さい。

以上