

委 任 状

私は、_____を代理人として定め、下記の権限を委任いたします。

記

個人情報保護法 第 25 条から第 27 条までの規定 に基づく請求等に関する一切の権限。

平成 年 月 日

委任者 住所 _____

氏名 _____ 実印

*上記に捺印した実印の印鑑登録証明書（発行日から 3 ヶ月以内のもの）を別途添付しております。

愛媛県国民健康保険団体連合会
理事長 様