

委 任 状

代理人

住所 _____

氏名 _____

私は、上記のものを代理人と定め、下記の要配慮個人情報について

一般財団法人京浜保健衛生協会に対し下記の権利を委任いたします。

記

☐ ファイルム発行に関すること

☐ 健診結果再発行に関すること

※該当するものにチェックを付けてください。

上記の情報を代理人に開示することに同意します。

以上

年 月 日

委任者（本人）

住所 _____

氏名 _____ 印

	所属長	確認者

◇協会確認用（委任者の確認書類）

☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐パスポート

◇保管期間は5年間