

平成 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) の請求についての一
切の権限を(住所 氏名) に委任します。

住所：

氏名

印

(注1) カッコ内は、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3ヶ月以内のもの)を
添付して下さい。

以上