委　任　状

年　　　月　　　日

**アルファメッドサイエンティフィック株式会社　御中**

委任者（ご本人様）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実印

電話番号

（日中ご連絡ができる電話番号）

私の個人情報の　　　　　　　　　　　　　（注）にかかる請求を代理人に

委任します。

代理人

住　所

氏　名

電話番号

(注)　上記の下線部分には、以下の該当項目より選択しご記入をお願いいたします。

利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、利用停止、消去、第三者への提供の停止

以　上