

株式会社 医療産業研究所
個人情報保護管理者 行

代理人様に関する事項

ふりがな	
氏名	印
ふりがな	
住所	〒 -
電話番号	() - ※日中ご連絡できる電話番号
メールアドレス	
本人確認のための書類 (郵送の場合、コピー)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 写真付住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書の写し ※いずれかにチェック
ふりがな	
ご本人様の氏名	
本人様との関係	<input type="checkbox"/> ご本人様から委任された者 <input type="checkbox"/> 法定代理人(親権者など) ※いずれかにチェック

■ 代理人様によりご請求される場合、個人情報開示等請求書または個人情報訂正等請求書と

①代理人様に関する事項(本書面)

②ご本人様及び代理人様を確認する書類

③委任状及び委任状に捺印した印鑑の印鑑登録証明書

も合わせてご提出ください。

代理人様が親権者などの法定代理人のときは委任状に代えてご本人様との関係がわかる戸籍謄本もしくは抄本、または住民票をご提出いただくことも可能です。

.....
【 以下、会社記入欄 】

受付	備考
日付印	